

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**JOÃO PEDRO DOLINSKI**

**SAÚDE PÚBLICA E REFORMAS URBANAS EM PARANAGUÁ- PARANÁ (1853-  
1915)**

**Curitiba**

**2017**

**JOÃO PEDRO DOLINSKI**

**SAÚDE PÚBLICA E REFORMAS URBANAS EM PARANAGUÁ- PARANÁ (1853-  
1915)**

Tese apresentada à linha de pesquisa “Espaços e Sociabilidades” do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em História.

Orientador: Prof.º Dr. Luiz Geraldo Silva

Co-Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ana Paula Vosne Martins

**Curitiba**

**2017**

Catálogo na publicação  
Mariluci Zanela – CRB 9/1233  
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Dolinski, João Pedro  
Saúde pública e reformas urbanas em Paranaguá – Paraná  
(1853-1915) / João Pedro Dolinski – Curitiba, 2017.  
243 f.; 29 cm.

Orientador: Luiz Geraldo Silva  
Coorientadora: Ana Paula Vosne Martins  
Tese (Doutorado em História) – Setor de Ciências Humanas da  
Universidade Federal do Paraná.

1. Saúde pública – Paraná. 2. História urbana. 3.  
Administração sanitária - Paranaguá – Paraná. I. Título.

CDD 333.78162



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS HUMANAS  
Programa de Pós-Graduação em HISTÓRIA  
Código CAPES: 40001016209P0

#### ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM HISTÓRIA

No dia doze de Setembro de dois mil e dezoito às 08:00 horas, na sala Prof. Dr. Carlos Antunes, Rua General Carneiro, 460, Ed. Pedro I, 6º andar, Departamento de História, do Setor de CIÊNCIAS HUMANAS da Universidade Federal do Paraná, foram instalados os trabalhos de arguição do doutorando JOAO PEDRO DOLINSKI para a Defesa Pública de sua Tese intitulada: "SAÚDE PÚBLICA E REFORMAS URBANAS EM PARANAGUÁ - PARANÁ (1853-1915)". A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em HISTÓRIA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelas seguintes Nomes: LUIZ GERALDO SANTOS DA SILVA (UFPR), FLAVIO COELHO EDLER (FOCRUZ), JOSÉ AUGUSTO LEANDRO (UEPG), LANE MARIA BERTUCCI (UFPR), MARCIO SÉRGIO BATISTA SILVEIRA DE OLIVEIRA (UFPR). Dando início a sessão, a presidência passou a palavra ao doutor, para que o mesmo expusesse seu trabalho aos presentes. Em seguida, a presidência passou a palavra a cada um dos Examinadores, para suas respectivas arguições. O aluno respondeu a cada um dos arguidores. A presidência retomou a palavra para suas considerações finais. A Banca Examinadora, então, e, após a discussão das suas avaliações, decidiu-se pela aprovação do aluno. O doutorando foi convidado a ingressar novamente na sala, bem como os demais assistentes, após o que a presidência fez a leitura do Parecer da Banca Examinadora. A aprovação no rito da defesa deverá ser homologada pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais do programa. A outorga do título de doutor está condicionada ao atendimento de todas as requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual saíram LUIZ GERALDO SANTOS DA SILVA, lavra a presente ata, que vai assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

*Observações: A banca examinadora o trabalho realizado sugere que este seja amplamente divulgado, inclusive em forma de livro, inserindo aspectos do debate ocorrido durante a defesa.*

CURITIBA, 12 de Setembro de 2017.

LUIZ GERALDO SANTOS DA SILVA  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

JOSÉ AUGUSTO LEANDRO  
Avaliador Externo (UEPG)

LANE MARIA BERTUCCI  
Avaliador Externo (UFPR)

MARCIO SÉRGIO BATISTA SILVEIRA DE OLIVEIRA  
Avaliador Externo (UFPR)

FLAVIO COELHO EDLER  
Avaliador Externo (FOCRUZ)



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço especialmente aos professores Dr. Luiz Geraldo Silva e Dra. Ana Paula Vosne Martins, por me acolherem no Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Paraná e orientarem esta pesquisa com profissionalismo, rigor e ética. Com eles aprendi lições que levarei para o resto da minha vida. Agradeço profundamente aos professores Dr. José Augusto Leandro, Dr. Flávio Coelho Edler, Dra. Liane Maria Bertucci e Dr. Marcio Sérgio Batista Silveira de Oliveira por aceitarem ler, comentar e criticar de maneira criteriosa este trabalho e também por integrarem a banca de qualificação e defesa. Sou muito grato à Maria Cristina, aos professores do Departamento de História da Universidade Federal do Paraná, aos colegas que cursaram junto comigo as disciplinas do programa e à Capes pelo auxílio financeiro. Gostaria de expressar a enorme estima e consideração que tenho em relação ao Carlos, Eduardo, André Filipe, Waldir, Carla, Sandro Aramis, Marcos Gonçalves, Bruna Scheifer, Thiago Possiede, Igor, Carlão e Fernando Botton, muito obrigado pelo apoio e força ao longo desses anos. Algumas pessoas eu não saberia como agradecer, são elas, Vilma e Rafaela.

## RESUMO

Esta tese trata das políticas de saúde pública e das reformas urbanas desenvolvidas na cidade de Paranaguá entre os anos de 1853 e 1915. Nesta cidade surgiram os primeiros espaços de cura e iniciativas públicas de organização sanitária e controle de epidemias da província e, depois, Estado do Paraná. Nesse aspecto, investigar a história desses espaços, reformas, práticas médicas e sanitárias em Paranaguá significa compreender a formação da saúde pública no Paraná. No que diz respeito ao debate historiográfico, esta tese traz para o primeiro plano a história das ciências, cujos domínios referem-se ao campo temático das doenças, da saúde e reformas urbanas. Em relação à problemática, três questões principais orientam a pesquisa. A primeira delas diz respeito ao processo de formação, a nível nacional e local, de uma estrutura voltada para o enfrentamento dos problemas sanitários no país. A segunda confronta essa estrutura com os problemas sanitários vivenciados pela população do litoral paranaense. Por fim, busquei compreender como as relações humanas, sociais e de poder, aliadas com os problemas de autonomia dos municípios, obstaram ou viabilizaram as reformas urbanas realizadas em Paranaguá. Uma das hipóteses levantadas neste trabalho sugere que as doenças e epidemias ocorridas no Brasil após 1850 foram decorrentes em grande medida dos elos ou cadeias de interdependência entre as mais diversas figurações sociais formadas no âmbito do mundo atlântico, ou do mercado mundial, e do Brasil imperial e depois republicano. Outra hipótese é que os serviços de saúde pública no Brasil Imperial e em grande parte da Primeira República se caracterizaram pelo aspecto emergencial e pontual das ações profiláticas e preventivas. A última hipótese considera que o desenvolvimento das políticas de saúde pública não foi afetado por uma suposta ineficácia das ações sanitárias ou pela falta de recursos. Os déficits orçamentários podem ter sido obstáculos importantes, mas não um problema incontornável. O que tornou viável ou não as ações sanitárias e os melhoramentos urbanos foram as relações humanas, sociais e de poder estabelecidas entre os indivíduos e grupos envolvidos nesses processos. O núcleo empírico sobre o qual se fundamenta este trabalho é composto em sua maioria por fontes manuscritas e impressas, sobretudo, produzidas pelo Estado. Em termos metodológicos foram utilizadas diferentes tipologias com o objetivo de ampliar as possibilidades hermenêuticas, suprir determinadas lacunas e construir um modelo teórico empírico aplicável não apenas ao caso analisado, mas que também pode, ou tem a pretensão de, ser generalizado para outras figurações sociais.

**Palavras chave:** saúde pública; história urbana; sanitarismo; Paraná; Paranaguá.

## ABSTRACT

This thesis deals with the public health policies and the urban reforms undertaken and performed respectively in the town of Paranaguá between 1853 and 1915. The first healing spaces and initiatives to increase public health organization and control of epidemics appeared in this city. In this respect, the investigation of the history of these spaces, reforms, medical practices and health conditions in Paranaguá entails understanding the establishment of Public Health in Brazil. With regard to the historiographic debate, this thesis brings to the forefront the history of sciences, whose fields refer to the thematic scope of diseases, health and urban reforms. In relation to the matter under study, three key questions guide the research. The first one refers to the process of formation, at the national and local level, of a structure geared to cope with the health problems affecting the country. The second confronts this structure with the health problems experienced by the population of the coast of Paraná. Finally, the last question seeks to understand how these human, social and power relations, combined with municipalities autonomy issues, have opposed or have made feasible the urban reforms accomplished in Paranaguá. One of the hypotheses raised in this work suggests that the diseases and epidemics occurring in Brazil after 1850 were due in large measure to the chain or chains of interdependence between the various social representations formed both in general and locally. Another hypothesis is that the public health services in Brazil and in large part of the first republic were characterized by the emergency and sporadic aspect of the prophylactic and preventive measures. The last hypothesis consider that the development of public health politics wasn't affected by an alleged ineffectiveness of sanitary actions or lack of resources. The budget deficit could have been the main obstacle, but not an inescapable problem. What made sanitary actions and urban improvement viable or not in this case were human, social and power relations established among the individuals and related groups in this process. The empirical nucleus on which this work is based is composed mostly by handwritten and printed sources, mostly of an official nature.

**Keywords:** public health; urban history; sanitation; Paraná; Paranaguá.

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>10</b>
Referencial teórico e metodológico .....	13
Fontes .....	17
Debate Historiográfico .....	20
<b>1. Primeiro capítulo: Estrutura e legislação sanitária no Brasil imperial e Primeira República.....</b>	<b>28</b>
1.1 A implantação da Fisicatura-mor e Provedoria-mor no Brasil e suas relações com as formas alternativas de cura .....	29
1.2 A construção e consolidação do Estado Nacional. A saúde pública em segundo plano ....	34
1.3 Junta Central de Higiene Pública. A saúde em primeiro plano .....	38
1.4 Quarentenas e a oposição contágio x miasmas.....	44
1.5 Acordos sanitários internacionais e o lazareto da Ilha de Martin Garcia .....	47
1.6 Hospital marítimo de Santa Isabel.....	53
1.7 Lazareto de Ilha Grande .....	60
1.8 A reestruturação do arranjo sanitário nos anos finais do Império .....	65
1.9 Uma nova realidade. Os institutos de pesquisa e as transformações do sanitarismo brasileiro no início do século XX .....	72
<b>2. Segundo Capítulo: A dinâmica de assistência à saúde pública na província paranaense .....</b>	<b>80</b>
2.1 Emancipação política do Paraná e a constituição de nova organização sanitária. ....	80
2.2 Aspectos gerais das finanças do governo provincial do Paraná .....	83
2.3 Lazareto da Ilha das Cobras .....	91
2.4 As políticas de vacinação na Província do Paraná .....	104
2.5 Um drama higiênico: as posturas municipais de 1858 .....	112
<b>3. Terceiro Capítulo: Surtos e ameaças epidêmicas no Paraná ao longo do século XIX .....</b>	<b>120</b>
3.1 Cólera: pandemias, etiologia, formas de transmissão e políticas internacionais de prevenção.....	123
3.2 O cólera no Brasil oitocentista .....	128
3.3 O cólera na província do Paraná.....	134
3.4 Etiologia, formas de transmissão e terapêutica da febre amarela no Brasil durante as décadas de 1870 a 1890.....	142
3.5 A febre amarela na perspectiva do médico paranaense Leocádio José Correia .....	151
3.6 Tempos febris: os surtos de 1857 e 1878 no litoral paranaense .....	158



3.7 Varíola: a vacina e a resistência popular. ....	172
3.8 O surto de varíola de 1862-1863 no litoral do Paraná.....	177
<b>4. Quarto capítulo: Reformas urbanas na cidade de Paranaguá (1892-1915) .....</b>	<b>185</b>
4.1 Canalização de esgoto e abertura de ruas em Paranaguá na década de 1870.....	188
4.2 Avenidas e bondes. A gestão João Guilherme Guimarães .....	192
4.3 As primeiras tentativas de instalação definitiva de redes de água e esgoto em Paranaguá .....	196
4.4 Caetano Munhoz da Rocha e a instalação definitiva das redes de água e esgoto na cidade de Paranaguá .....	208
4.5 Oposição e críticas à gestão de Caetano Munhoz da Rocha .....	215
<b>5. Considerações finais .....</b>	<b>220</b>
<b>6. Fontes e Referências Bibliográficas .....</b>	<b>225</b>

## Introdução

Esta tese tem como objetivo examinar as políticas de saúde pública e as reformas urbanas na cidade de Paranaguá entre os anos de 1853 e 1915. Enfatizo que a análise desse arranjo foi realizada sob a ótica das ações efetivas do Estado e não pelas intervenções voluntárias ou filantrópicas. Por esse motivo, não tratei das Santas Casas de Misericórdia ou outras organizações privadas. Embora as Santas Casas recebessem subvenções públicas elas não constituíam uma organização de caráter estatal. Em relação à problemática, três questões principais orientam o trabalho. A primeira delas diz respeito ao processo de organização em nível nacional e local de uma estrutura voltada para o enfrentamento dos problemas sanitários no país. A segunda está relacionada com a análise dessa estrutura quando confrontada com os problemas sanitários vivenciados pela população do litoral paranaense. Por fim, busquei compreender como as relações humanas, sociais e de poder, aliadas com os problemas de autonomia dos municípios, obstaram ou viabilizaram as reformas urbanas realizadas em Paranaguá.

No que diz respeito à inserção da tese nas linhas historiográficas, a pesquisa traz para o primeiro plano a história das ciências, cujos domínios referem-se ao campo temático das doenças, da saúde e reformas urbanas.<sup>1</sup> A bibliografia referente à saúde pública no Paraná é esparsa, não está minimamente organizada. Diante disso, esta pesquisa busca contribuir para o avanço do debate historiográfico, sobretudo em relação à saúde e à doença, não apenas no nível local como também nacional.

A primeira baliza cronológica adotada por esta pesquisa representa a fundação da província do Paraná. Uma das primeiras e mais importantes medidas adotadas pelo poder público paranaense no âmbito sanitário foi a construção de um lazareto na Ilha das Cobras, região próxima ao porto de Paranaguá. A condição portuária da cidade ensejou, portanto, o desenvolvimento das primeiras iniciativas públicas de organização sanitária e controle de epidemias na província. A segunda baliza cronológica refere-se à conclusão da primeira grande reforma urbana e sanitária realizada na cidade de Paranaguá durante a gestão do prefeito Caetano Munhoz da Rocha (1879-1944). Nesse aspecto, investigar a história desses espaços, as reformas, bem como as práticas médicas e sanitárias em Paranaguá significa compreender o processo histórico da formação da saúde pública no Paraná.

---

<sup>1</sup> CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (orgs.). *Novos domínios da História*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, pp. 1-19.

As balizas cronológicas estabelecidas pela pesquisa representam um recorte no interior de um processo mais amplo de formação e desenvolvimento de políticas de saúde pública no país onde, no âmbito dessa mesma perspectiva processual, cuja dimensão se estende pelo menos do ano 1808, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, até a década de 1950, com a criação do Ministério da Saúde, as ações estatais foram gradativamente se ramificando ao mesmo tempo em que se tornaram cada vez mais refinadas. Portanto, ao longo desse processo percebe-se um crescente aumento da participação do Estado na resolução dos problemas de interdependência sanitária, cujas ações sofreram e ainda sofrem o respaldo do conhecimento científico, numa aliança bastante sofisticada entre Estado, capital e ciência. Em linhas gerais, esta tese trata dessa aliança sob a perspectiva do sanitarismo.

A partir da segunda metade do século XIX, quando se deu a emancipação da 5ª Comarca da Província de São Paulo, tiveram lugar intensas transformações sociais e econômicas, decorrentes, entre outros fatores, da Segunda Revolução Industrial, da Segunda Escravidão, dos imperialismos, das migrações humanas em massa e da formação de novos e mais centralizados Estados-Nações. A hegemonia das grandes potências europeias assumiu múltiplas formas, seja em termos científicos, industriais ou comerciais. A Europa exportou para todo o mundo conhecimento científico e tecnológico, homens de negócios, comerciantes, imigrantes, carvão, ferro e aço. Novos produtos e novas atitudes foram introduzidos em diferentes países, modificando e ao mesmo tempo uniformizando os modos de vida. A hegemonia financeira e comercial europeia não teria sido possível sem as inovações empreendidas na área dos transportes e comunicação. A construção de canais transoceânicos e a expansão da malha ferroviária intensificaram e facilitaram a circulação de pessoas e mercadorias. As exportações de capital também aumentaram. Em 1914, somente as aplicações britânicas no exterior totalizavam 93 bilhões de franco-ouro. Esses investimentos, aliados à supremacia militar dos países capitalistas, propiciaram a criação das chamadas zonas de influência, isto é, uma forma indireta de penetrar e dominar países estratégicos para a importação de matéria-prima e produtos agrícolas e obtenção de mercado consumidor de produtos manufaturados. Entre 1875 e 1915 a maior parte do mundo foi formalmente dividida, anexada e administrada como colônia por um reduzido número de Estados-Nações, entre os quais podemos destacar a Grã-Bretanha, França, Alemanha, Bélgica, Holanda, EUA e Japão.<sup>2</sup> Como podemos observar, as cadeias de interdependência entre os indivíduos e as

---

<sup>2</sup> HOBBSAWM, Eric J. *Da revolução industrial inglesa ao Imperialismo*. Trad. Donaldson Magalhães Garschagen. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, pp.101-160; \_\_\_\_\_. *A era do capital, 1848-1875*. Trad. Luciano Costa Neto. São Paulo: Paz e Terra, 2015; \_\_\_\_\_. *A era dos impérios, 1875-1914*. Trad. Sieni Maria Campos e Yolanda Steidel de Toledo. São Paulo: Paz e Terra, 2015; SANTOS, Luís Cláudio Villafañe

figurações sociais formadas por eles mudam à medida que essas mesmas figurações se tornam mais diferenciadas e estratificadas, formando aquilo que Norbert Elias denomina como “processo de diferenciação social”, onde se observa uma maior divisão de funções e consequentemente o crescimento das cadeias de interdependências.<sup>3</sup> Outro aspecto dessas transformações operadas em escala global foram as consequências ou efeitos negativos, dos quais sublinho neste trabalho as pandemias e epidemias que fustigaram a população de países, cidades e comunidades ao redor do planeta. A abertura de novos canais de comunicação e transporte facilitou a propagação de doenças como cólera, varíola e febre amarela. Cidades portuárias como Hamburgo, Havana, Buenos Aires e Rio de Janeiro foram consideradas ao longo do século XIX e início do século XX potentes focos de disseminação epidêmica. No Paraná, o porto de Paranaguá além de espinha dorsal da economia local e principal elo condutor com os outros países, foi também a porta de entrada de doenças infectocontagiosas. Ao par disso, ressurgiram e despontaram surtos epidêmicos de cólera e febre amarela no Brasil na década de 1850. Em meio a essa conjuntura é que a Província do Paraná foi criada assim como suas primeiras iniciativas de assistência médica e sanitária.

Uma das hipóteses levantadas neste trabalho sugere que as doenças e epidemias ocorridas no Brasil após 1850 foram decorrentes em grande medida dos elos ou cadeias de interdependência entre as mais diversas figurações sociais formadas tanto a nível mais geral como específico, isto é, regional e local. Outra hipótese afirma que os serviços de saúde pública no Brasil Imperial e em grande parte da Primeira República se caracterizaram pelo aspecto emergencial e pontual das ações profiláticas e preventivas sem, contudo, serem ineficazes, uma vez que essas ações se baseavam nos recursos científicos e econômicos disponíveis naquela época. A mudança para uma política de saúde pública mais ampla e coletiva ocorreria somente a partir da década de 1920 com os saneamentos dos sertões e os serviços de profilaxia rural. Contudo, essa mudança não significa que anteriormente inexistia no Brasil qualquer forma de interesse público ou iniciativa política para a resolução dos problemas nacionais de saúde. A última hipótese considera que o desenvolvimento das políticas de saúde pública não foi afetado por uma suposta ineficácia das ações sanitárias ou pela falta de recursos. Os déficits orçamentários podem ter sido obstáculos importantes, mas

---

Gomes. *O Brasil entre a América e a Europa: o império e o interamericanismo (do Congresso do Panamá à Conferência de Washington)*. São Paulo: Editora UNESP, 2004; MARQUESE, Rafael; SALLES, Ricardo (org.). *Escravidão e capitalismo histórico no século XIX: Cuba, Brasil e Estados Unidos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016; TOMICH, Dale. *Pelo prisma da escravidão: trabalho, capital e economia mundial*. Trad. Antonio de Pádua Danesi. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011.

<sup>3</sup> ELIAS, Norbert. *O processo civilizador. Formação do Estado e Civilização* (vol.2). Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993, pp.195-196.

não um problema incontornável. O que tornou viável ou não as ações sanitárias e os melhoramentos urbanos foram as relações humanas, sociais e de poder estabelecidas entre os indivíduos e grupos envolvidos nesses processos.

### *Referencial teórico e metodológico*

No Brasil, o artigo 32 do decreto nº 464 de 17 de agosto de 1846 estipulou que qualquer pessoa poderia aplicar o fluído vacínico (preservativo contra a varíola) onde inexistissem vacinadores legalmente autorizados. Essa brecha configurou um obstáculo às tentativas de monopolização das práticas de cura, bem como, à criminalização de terapeutas populares. A incapacidade do poder imperial em estender sua hegemonia aos locais mais distantes, associada ao baixo número de médicos formados pelas faculdades de medicina levou, por parte do poder público, à criação de mecanismos para suprir essas carências e dificuldades. Tais mecanismos consistiram na adoção de métodos de cura heterodoxos, combatidos veementemente pelas corporações médicas da época. Neste caso, foram empregados os conceitos de equilíbrio móvel de tensões e vínculo duplo, oriundos da sociologia de Norbert Elias, para melhor compreender essas relações estabelecidas entre alopatas e terapeutas populares.<sup>4</sup>

Foram utilizados ainda os conceitos de ligações sociais ou cadeias de interdependências e figurações sociais para pensar o desenvolvimento e as ameaças epidêmicas, ressaltando nesses casos as consequências negativas das relações e contatos entretecidos entre diferentes grupos. Esses conceitos também foram importantes para examinar tanto o papel estabelecido por João Guilherme Guimarães e Caetano Munhoz da Rocha nas reformas urbanas da cidade de Paranaguá, relativizando a autonomia conferida aos “coronéis” no âmbito da Primeira República, como as ações de caráter sanitário colocadas em prática pelo poder público no combate às doenças e melhoramentos urbanos, uma vez que essas ações não foram interpretadas como oriundas da vontade individual de um médico, coronel ou chefe político.

Para Elias, sociedade é um conceito vago, pois, diferente do indivíduo, não podemos materializá-la ou representá-la mentalmente. Em seu lugar, ele propõe o conceito de *figuração*

---

<sup>4</sup> ELIAS, Norbert; SCOTSON, Jhon. *Os estabelecidos e os outsiders*. Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000; ELIAS, Norbert. *Envolvimento e distanciamento. Estudos sobre sociologia do conhecimento*. Trad. Maria Luisa Cabaços Meliço. Lisboa: Dom Quixote, 1997, pp.13-68; GUERRA MANZO, Enrique. La sociologia de conocimiento de Norbert Elias. *Sociológica*, vol. 27, n.77, septiembre-diciembre, 2012, pp.35-69; ELIAS, Norbert. *Introdução à Sociologia*. Trad. Maria Luisa Ribeiro Ferreira. Lisboa: Edições 70, 1980.

*social* ou *configuração*, onde indivíduos estariam conectados por dependências recíprocas, cuja reprodução designaria um equilíbrio móvel de tensões. Essa interdependência entre pessoas só se torna possível mediante uma série de aspectos psicológicos e sociogenéticos expressos pela teoria civilizatória, tais como: controle dos afetos; autodisciplina e mecanismos de controle do indivíduo sobre ele próprio.<sup>5</sup> O aumento da dependência entre os seres humanos decorre da necessidade de segurança e satisfação de necessidades. Esse processo ocorre de forma não planejada e imperceptível pela maioria dos indivíduos envolvidos nele. Conforme assinala Elias, nos estágios iniciais do desenvolvimento humano os indivíduos tinham um controle muito reduzido sobre as forças da natureza. Diante do desconhecimento dos fenômenos naturais e da insegurança extrema na qual viviam, esses indivíduos encontraram na fantasia uma forma de tornar a vida mais branda e suportável. Com forte carga afetiva, essas crenças de ordem mística os impediam de tomar um distanciamento crítico em relação a esses fenômenos e exercer um controle mais efetivo sobre a natureza não-humana. Isto só se tornaria possível a partir do momento que os seres humanos aprendessem a controlar suas pulsões e a exercer o autocontrole. Esse processo está relacionado com o desenvolvimento da civilização, onde a passagem de grupos humanos pré-históricos para os Estados Nacionais exigiu a formação de figurações sociais mais pacificadas, caracterizadas pela diminuição dos perigos relativos à natureza não-humana e pela necessidade de contenção dos perigos relativos ao próprio ser humano. O processo que diminui a coerção dos fenômenos naturais sobre os seres humanos reforça os laços de interdependência entre os seres humanos. No entanto, apesar do estreitamento das redes de interdependência, esse processo pode gerar novas fontes de insegurança na vida coletiva, uma vez que muitos meios de orientação disponíveis ainda fogem ao controle humano. Nesse aspecto, as doenças analisadas nesta tese são um exemplo desse processo. Assim, as transformações aqui ressaltadas podem acarretar ganhos para uns e perdas para outros, gerando conflitos e tensões entre grupos que ao mesmo tempo se encontram ligados entre si. Muitas vezes recorre-se à violência organizada para forçar adaptações às mudanças ocorridas ao nível dessa teia de interdependência.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> CHARTIER, Roger. Formação social e economia psíquica: a sociedade de corte no processo civilizador. In: ELIAS, Norbert. *A sociedade de corte*. Trad. Pedro Süsserkind. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001, pp.7-25; RIBEIRO, R. Janine. Uma ética do sentido e Apresentação a Norbert Elias. In: ELIAS, Norbert. *O processo civilizador* (vols. I e II). Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990-1993, pp.9-12 (dos vol. I e II); MALERBA, Jurandir. Sobre Norbert Elias. In: MALERBA, Jurandir (org.). *A velha história: teoria, método e historiografia*. Campinas: Papirus, 1996, pp.73-91; MALERBA, Jurandir. *Ensaio: teoria, história e ciências sociais*. Londrina: Eduel, 2011, pp.177-194.

<sup>6</sup> ELIAS, Norbert. *Envolvimento e distanciamento. Estudos sobre sociologia do conhecimento*. Trad. Maria Luisa Cabaços Melo. Lisboa: Dom Quixote, 1997, pp.13-68.

De acordo com Guerra Manzo<sup>7</sup>, Elias propõe uma sociologia do conhecimento pós-filosófica que rompe com a filosofia transcendental do conhecimento, cujas bases estão alicerçadas na noção de *homo clausus*, onde o sujeito do conhecimento é constituído pelo indivíduo isolado. Na sociologia do conhecimento de Elias, essa noção de *homo clausus* é substituída pela de *homines aperti*, onde o sujeito do conhecimento não é formado por grupos nem indivíduos, mas sim por gerações humanas que se sucedem e transmitem o saber em um *continuum* ou processo que não possui uma gênese propriamente dita. O conhecimento, na concepção eliasiana, não provém de uma única pessoa ou de um *a priori* kantiano. Ele é processual, constituído não por indivíduos isolados, mas sim por grupos de indivíduos estruturados em figurações. Elias considera inócua a compartimentação das ciências entre dois polos antagônicos, divididos entre “razão pura” e “mundo social não racional”. Dualismos e divisões rígidas e estáticas dão lugar na sociologia eliasiana a ideias de continuum funcional. Nesse aspecto, “O conceito de configuração serve portanto de simples instrumento conceitual que tem em vista afrouxar o constrangimento social de falarmos e pensarmos como se o indivíduo e a sociedade fossem antagônicos e diferentes”.<sup>8</sup> Isso implica numa relação direta do conceito de configuração com as cadeias de interdependência constituídas pelos seres humanos, isto é, “uma estrutura de pessoas mutuamente orientadas e dependentes”.<sup>9</sup> É, pois, justamente nesse aspecto que procurarei pensar as políticas de saúde pública nacionais e regionais, os grupos sociais a elas atreladas e o saber médico-científico não como “esferas” autônomas e independentes, mas sim integradas no interior de uma mesma teia de interdependências.

Em termos metodológicos as análises propostas por esta pesquisa vinculam-se a um problema bastante complexo de integração entre os fenômenos históricos que se processam em escala microsociológica e aqueles que se processam em larga escala e estão relacionados ao desenvolvimento de países e continentes. Segundo Elias, unidades sociais menores, como comunidades ou até mesmo cidades, podem servir como paradigmas empíricos ou modelos explicativos para a compreensão de problemas existentes em figurações maiores e mais gerais.<sup>10</sup> Nesse aspecto, os problemas enfrentados e as medidas sanitárias empregadas pela

<sup>7</sup> GUERRA MANZO, Enrique. La sociologia de conocimiento de Norbert Elias. *Sociológica*, vol. 27, n.77, septiembre-diciembre, 2012, pp.35-69.

<sup>8</sup> ELIAS, Norbert. *Introdução à Sociologia*. Trad. Maria Luisa Ribeiro Ferreira. Lisboa: Edições 70, 1980, p.141.

<sup>9</sup> ELIAS, Norbert. *O processo civilizador. Uma história dos costumes* (vol. 1). Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990, p.249.

<sup>10</sup> ELIAS, Norbert; SCOTSON, Jhon. *Os estabelecidos e os outsiders*. Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000, pp.15-50; ELIAS, Norbert. *Envolvimento e distanciamento*. Estudos sobre sociologia do conhecimento. Trad. Maria Luisa Cabaços Melo. Lisboa: Dom Quixote, 1997, pp.13-68.

população do litoral paranaense no combate a doenças como febre amarela e cólera também puderam ser observadas em figurações sociais mais amplas. Da mesma forma, a população de Paranaguá enfrentou dificuldades e obstáculos semelhantes àqueles vivenciados em cidades como Rio de Janeiro no que diz respeito, por exemplo, à generalização da vacina contra a varíola e reformas urbanas.<sup>11</sup>

A definição das teorias miasmática e contagionista, bem como, as relações que as mesmas estabeleciam com ideologias políticas foram pensadas à luz das interpretações e análises desenvolvidas por George Rosen e Erwin H. Ackerknecht. Rosen também permite compreender o conceito de “polícia médica”, formulado pelo higienista e médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821), citado tanto nos relatórios de governo, mais especificamente dos presidentes de província e do Ministério do Império, como nas posturas municipais.

Para analisar os comportamentos e atitudes coletivas suscitadas diante de eventos traumáticos como uma epidemia, adotou-se como referência o trabalho de Charles Rosenberg, *Explaining Epidemics and other Studies in the History of Medicine*. Ao analisar a epidemia como fenômeno social o autor situa as ações e reações coletivas por ela produzidas em uma sequência de atos semelhantes ao enredo dramático. Em sua percepção, medidas de combate aos surtos epidêmicos constituiriam rituais coletivos integrados a elementos cognitivos e emocionais.<sup>12</sup> Rosenberg compreende ainda o conceito de doença como consequência de uma negociação entre diversos atores, grupos intelectuais, sociais e comunidades políticas, reconhecendo-se que além de ser um fenômeno biológico e fisiológico, a doença é uma construção social passível de ser historicizada. Para Rosenberg, a doença não existe até ser classificada, isto é, inserida no interior de um quadro taxionômico. Assim, qualquer mazela em nossa sociedade só se tornaria um fenômeno social a partir do momento em que a nomeássemos. Na concepção do autor, doenças não seriam meras abstrações do conhecimento e de debates acadêmicos. Elas seriam uma experiência vivida pelo ser humano, cuja existência não ficaria restrita apenas ao contexto científico. Doença seria ao mesmo tempo um acontecimento biológico, linguístico, institucional, intelectual, político e cultural.<sup>13</sup>

<sup>11</sup> ELIAS, Norbert; SCOTSON, Jhon. *Os estabelecidos e os outsiders*. Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000, pp.15-50.

<sup>12</sup> ROSENBERG, Charles. *Explaining Epidemics and other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

<sup>13</sup> \_\_\_\_\_. Introduction: framing disease: Illness, society and history. In: ROSENBERG, Charles; Golden, Janet (editors). *Framing disease – Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1997. pg. XIII-XXVI.



No que concerne a mudanças ocorridas no saber médico ao longo do século XIX como, por exemplo, a substituição dos sintomas por sinais e a fixação das causas e efeitos em um espaço tridimensional, ou ainda, explicações de formas de terapêuticas como aquelas vinculadas à concepção de medicina fisiológica de François Broussais (1772-1838) a pesquisa buscou embasamento na obra *O nascimento da clínica* de Michel Foucault.<sup>14</sup> Já no que se refere a conceitos como “aclimatação” foram utilizados os seguintes autores: Ilana Löwi e Flávio Edler.<sup>15</sup> De acordo com Edler, aclimatação seria um processo natural de adaptação a um novo ambiente climático, podendo também significar medidas higiênicas postas em prática para estabelecer um equilíbrio entre organismo e clima circundante. Tal conceito foi fundamental para a reconstituição da história da febre amarela no Brasil, sobretudo no que diz respeito aos problemas relacionados à etiologia da doença.

Ao longo da pesquisa foram utilizados ainda conceitos como “incomensurabilidade” de Thomas Kuhn para se referir ao problema da transmissão do cólera que dividiu a comunidade médica e científica na década de 1850. Por fim, mas não menos importante, autores como Miriam Dolhnikoff e José Murilo de Carvalho foram essenciais para compreender a relação entre governo central e local, assim como as despesas, orçamentos e prioridades em termos de investimentos do Estado brasileiro no decorrer do século XIX.

### *Fontes*

Primeiramente gostaria de deixar clara minha posição a respeito da definição de fonte histórica. Concordo com a proposição de Leandro Karnal e Flavia Galli Tatsch segundo a qual todo documento é uma construção permanente.<sup>16</sup> O valor de um texto ou documento oscila conforme o tempo, o espaço, o recorte estabelecido pelo pesquisador e o sentido conferido pelo presente a determinado fato, indivíduo ou grupo social. Dito de outro modo, toda fonte histórica apresenta possibilidades de releituras.

Em relação à heurística documental, a busca pelas fontes para a realização desta pesquisa foi realizada nos seguintes arquivos: Arquivo Nacional, Arquivo Público do Estado do Paraná, Biblioteca Pública do Estado do Paraná, Círculo de Estudos Bandeirantes, Câmara

<sup>14</sup> FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008, p.213.

<sup>15</sup> LÖWI, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p.38; EDLER, Flavio. *Medicina tropical: uma ciência entre a Nação e o Império*. In: HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antonio Augusto Passos. (org.). *Ciência, civilização e república nos trópicos*. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2010, p.344.

<sup>16</sup> KARNAL, Leandro; TATSCH, Flavia Galli. A memória evanescente. In: PINSKY, Carla Bassanezi; LUCA, Tania Regina de. (orgs.). *O historiador e suas fontes*. São Paulo: Contexto, 2011, p.12.

Municipal de Paranaguá e Instituto Histórico e Geográfico de Paranaguá. Arquivos *on-line* também foram consultados, tais como o Center For Research Libraries.

No Arquivo Nacional foram consultados os Fundos AA série interior, B2 série marinha e B5 série marinha. Os documentos levantados consistem em ofícios; relatórios do Ministério do Império, presidentes de província, engenheiros, inspetores de saúde e da tesouraria da fazenda do Paraná; estatísticas médicas; orçamentos e despesas; contratos e cartas. As fontes desse arquivo apresentam bom estado de conservação e estão arquivadas de maneira avulsa, exigindo por parte do pesquisador bastante tempo disponível para levantamento e classificação.

No Arquivo Público do Paraná as fontes consultadas tratam de quadros demonstrativos de entradas e saídas de navios no porto de Paranaguá; ofícios; relatórios; telegramas; correspondências; editais; atas de reuniões e cartas. Os documentos desse arquivo encontram-se reunidos em livros e sua consulta é facilitada em função dos catálogos temáticos, índices alfabéticos e cronológicos. O arquivo ainda disponibiliza uma tabela em formato Excel onde parte de seu acervo está organizado por data, assunto, região, órgão ou instituição.

Na Biblioteca Pública do Estado do Paraná e no Círculo de Estudos Bandeirantes foram examinadas as posturas municipais referentes ao município de Paranaguá e alguns exemplares do periódico *Dezenove de Dezembro*. Na Câmara Municipal de Paranaguá foram pesquisadas as atas das sessões legislativas do município referentes aos anos de 1879 e 1914. Já na Biblioteca de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e na Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz foram analisadas algumas obras raras de médicos como João Vicente Torres Homem, José Pereira Rego, José Francisco Xavier Sigaud e Trajano Joaquim dos Reis. Os acervos das Bibliotecas, do Círculo de Estudos Bandeirantes e da Câmara Municipal são de fácil acesso e encontram-se organizados e em bom estado de conservação.

A documentação consultada no Arquivo Municipal de Paranaguá refere-se a cartas, relatórios, documentos, solicitações, memórias justificativas e propostas de licitações. De todos os acervos visitados, esse foi o mais burocrático. A permissão para a realização da pesquisa precisou do aval do secretário de administração do município mediante encaminhamento de ofício. O arquivo não possui uma organização sistemática como aquela encontrada, por exemplo, no Arquivo Público do Estado do Paraná. Os documentos que consultei encontravam-se armazenados em caixas e de forma totalmente avulsa.

No Instituto Histórico e Geográfico de Paranaguá o pesquisador também não encontrará tanta facilidade e comodidade para a exploração dos depósitos, além da burocracia para conseguir acesso ao acervo, isto é, ao periódico *Diário do Comércio*, as péssimas

condições de preservação de alguns jornais exigem bastante paciência e perseverança. Todavia, a tecnologia é uma grande aliada e permite contornar grande parte desses problemas. Assim, os documentos consultados em arquivos físicos tiveram que ser registrados com o auxílio de máquina fotográfica, facilitando posteriormente a seleção e classificação documental, realizada de acordo com o assunto ou mesmo instituições e personagens.

O núcleo empírico sobre o qual se fundamenta este trabalho é composto por posturas municipais, decretos, alvarás, relatórios e mensagens de presidentes e vice-presidentes do Paraná, bem como, ministros da pasta dos Negócios do Império, inspetores e provedores de saúde, médicos, delegados de polícia, comissões de higiene pública, capitães do porto de Paranaguá, engenheiros, Tesouraria de Fazenda do Paraná; obras de memorialistas; literatura médica da época; telegramas; editais; periódicos; atas; cartas; orçamentos; correspondências; recenseamentos; recomendações profiláticas propostas por comissões extraordinárias de saúde pública; quadros demonstrativos da movimentação portuária do Paraná; relatórios e pareceres médicos referentes a hospitais marítimos e lazaretos. Em termos amplos, as fontes utilizadas dividem-se em impressas e manuscritas e a tipologia é bastante diversa, o que possibilita contornar determinadas lacunas.

As principais documentações utilizadas foram os relatórios presidenciais e ministeriais. Com caráter serial os relatórios referentes ao Ministério do Império abrangem um período que se estende de 1832 a 1888. Por sua vez, aqueles produzidos na província do Paraná situam-se entre os anos de 1854 e 1930. Esta documentação se destinava às respectivas Assembleias Legislativas, tendo por finalidade esclarecer os principais acontecimentos, decisões, despesas e demais medidas tomadas durante um determinado período nas instâncias provinciais ou no ministério. A legislação provincial do Paraná também apresenta caráter serial. Totalizando 41 volumes, contém 971 leis referentes ao período 1853-1889. Trata-se de leis, decretos, deliberações, atos e regulamentos da província elaborados pela Assembleia Legislativa. A legislação encontra-se impressa e pode ser consultada na Biblioteca Pública do Paraná.

Essa massa documental possibilita análises qualitativas e quantitativas. No que se refere aos aspectos quantitativos permite, por exemplo, reconstituir quadros estatísticos sobre a vacinação antivariólica nas províncias. No que diz respeito aos aspectos de ordem qualitativa, a documentação revela, por exemplo, o descrédito e a resistência por parte da população em relação à vacina, ou ainda, como no caso das posturas municipais, permite compreender os costumes locais, a organização da força policial e determinados preceitos higiênicos. Essas fontes foram produzidas por pessoas de inserção pública destacada

(ministros, presidentes e vice-presidentes). A composição social desses indivíduos deixa entrever uma formação cultural em grande medida homogênea, pois muitos optavam por profissões liberais de extração urbana, sobretudo a advocacia. Esse grupo, com grau de coesão suficiente para monopolizar as oportunidades de poder, integrava a elite política imperial, e seus membros compartilhavam informações, bens materiais e simbólicos mediante redes de sociabilidades específicas, que os distinguiam de outros grupos sociais de condição inferior. Portanto, o corpo documental expressa majoritariamente a ótica oficial, a visão das camadas sociais mais elevadas e de grupos dirigentes com funções coordenadoras mais altas. Infelizmente inexistiu ou ainda não foi descoberto um conjunto de fontes que possibilite a realização de um trabalho de fôlego capaz de reconstituir concreta e empiricamente o ponto de vista das camadas subalternas no Paraná em torno dos problemas de saúde e doença.

### *Debate historiográfico*

A historiografia da saúde pública do Paraná ainda é bastante tímida se comparada àquela produzida nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Em termos memorialísticos há a importante obra de Antonio Vieira dos Santos<sup>17</sup>, onde é possível encontrar descrições a respeito do cenário ecológico, do aparato médico-institucional e das moléstias reinantes em Paranaguá. Mais recentemente, obras como *Memórias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná*<sup>18</sup> de Lindolfo Fernandes Junior ainda conservam um caráter memorialista e descritivo. Diferente de Vieira dos Santos, Fernandes Junior aborda alguns aspectos mais gerais referentes à saúde pública no Paraná, contudo, seu objetivo principal é descrever a trajetória institucional da Secretaria de Estado da Saúde.

Situados na década de 1980 os estudos realizados por Márcia Teresinha Andreatta Dalledone talvez sejam os primeiros a apresentar rigor teórico e metodológico, bem como uma narrativa crítica a respeito dos surtos epidêmicos e da formação e desenvolvimento dos serviços sanitários na província do Paraná.<sup>19</sup> A autora conjectura a existência de ações efetivas por parte do Estado frente aos problemas sanitários enfrentados na província paranaense e afirma que a medicina e o aparato sanitário constituído a partir do século XIX no

<sup>17</sup> SANTOS, Antonio Vieira dos. *Memória Histórica de Paranaguá*. vol. I e II. Curitiba: Vicentina, 2001.

<sup>18</sup> FERNANDES JUNIOR, Lindolfo. *Memórias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (1853-1983)*. Curitiba: Imprensa Oficial, 1988.

<sup>19</sup> DALLEDONE, Márcia Teresinha Andreatta. *Condições sanitárias e as epidemias de varíola na Província do Paraná (1853-1889)*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em História do Brasil, UFPR, Curitiba, 1980; SIQUEIRA, Márcia Teresinha Andreatta Dalledone. *Saúde e doença na Província do Paraná (1853-1889)*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em História Demográfica do setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1989.

Brasil tiveram caráter preventivo: “Assim, desloca-se o objetivo político anterior, centrado na saúde, para a doença, gerando a preocupação com a prevenção, que se traduzia não só na cura do paciente, mas em meios de dificultar ou impedir a presença do mal”.<sup>20</sup> Dalledone Siqueira também aborda o problema sanitário brasileiro no século XIX à luz da medicina social e dos conceitos de medicalização do corpo social e bio-política oriundos da filosofia foucaultiana. Apesar da sistematização de suas pesquisas não é possível concordar com seus argumentos quando analisamos, por exemplo, a história do lazareto da Ilha das Cobras e dos surtos de febre amarela no litoral paranaense, onde as ações do poder público deixam entrever descaso e urgência, e não prevenção. Em relação à filosofia foucaultiana, penso ser inadequado generalizar conceitos como medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força-de-trabalho, propostos para pensar uma conjuntura e um recorte espacial específico, para examinar problemas de ordem sanitária no Brasil imperial.

Durante a década de 1970 alguns autores interpretaram a atividade científica em contextos periféricos a partir do modelo diacrônico e determinista desenvolvido por George Basalla<sup>21</sup>. Tal modelo constituiu o esteio da abordagem de Nancy Stepan<sup>22</sup> a respeito do processo de institucionalização das ciências no Brasil, sobretudo a bacteriologia. Durante a década de 1980 autores como Nilson do Rosário Costa<sup>23</sup>, Nicolau Sevcenko<sup>24</sup> e Roberto Machado<sup>25</sup> analisaram as políticas de saúde pública no Brasil sob a influência dos trabalhos de George Rosen<sup>26</sup> e Michel Foucault<sup>27</sup>.

A medicina social acusou a bacteriologia de reducionismo ao atribuir às doenças uma causa mecânica, sem levar em consideração o fato de possuírem uma entidade específica. Na perspectiva de Rosen, antes do advento da bacteriologia, o principal alvo das medidas profiláticas e sanitárias era o ambiente social e físico. A partir de então, as ações de saúde pública concentrar-se-iam nos focos de origem de vetores e microrganismos responsáveis pela propagação e desenvolvimento das moléstias infecciosas. Porém, essa mudança de paradigma,

<sup>20</sup> SIQUEIRA, Márcia Teresinha Andreatta Dalledone. *Saúde e doença na Província do Paraná (1853-1889)*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em História Demográfica do setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1989, pp.36-37.

<sup>21</sup> BASALLA, George. “The Spread of Western Science”. *Science*, vol. 156, 1967, p. 611-622.

<sup>22</sup> STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

<sup>23</sup> COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

<sup>24</sup> SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Editora Scipione, 1993. (Coleção História em aberto).

<sup>25</sup> MACHADO, Roberto. *Danação da norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

<sup>26</sup> ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: UNESP, 1994; \_\_\_\_\_. O que é medicina social. In: *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980, pp. 77-141.

<sup>27</sup> FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 24. ed. Rio de Janeiro: E. Grall, 2007.

segundo Nancy Tomes<sup>28</sup>, não representou uma ruptura drástica com paradigmas anteriores, como por exemplo, a teoria miasmática. Na perspectiva da autora, a bacteriologia não deixou de lado o contexto urbano e social onde fora aplicada. As mesmas fontes de infecção combatidas pelos médicos adeptos da teoria hipocrática, ou seja, atmosfera e circulação da água, também passaram a ser alvo daqueles que se alinharam ao novo conhecimento microbiológico que reordenou as ações dos higienistas, possibilitando a aplicação de medidas sanitárias mais precisas. Tomes analisa as propostas sugeridas pelos sanitaristas domésticos norte-americanos para evitar infecções no final do século XIX e início do século XX. Tais conjuntos de medidas seriam representados por fatores como: ventilação, desinfecção, encanamento, água purificada e limpeza em geral. Essas recomendações teriam um amplo efeito, sobretudo, na esfera comercial, criando um lucrativo mercado de novos utensílios sanitários que passaram a ser patenteados. Esse novo filão industrial faria uso da ansiedade criada em torno da limpeza, possibilitando a ascensão de companhias especializadas em serviços sanitários. Ainda na perspectiva de Tomes, não apenas o comércio sofreria a influência dos novos preceitos das teorias biomédicas. Engenheiros civis também aufeririam vantagens dos novos interesses voltados para encanamentos, especializando-se como inspetores e reformadores de drenagens domésticas. Essa questão daria azo ao paradoxo apontado por Rosen, descrito e discutido por Alain Corbin<sup>29</sup>, segundo o qual o impulso para as reformas sanitárias não teriam partido da profissão médica, mas sim dos administradores, economistas e engenheiros.

Mais recentemente, contrapondo-se aos modelos vigentes nas décadas de 1970-1980, Ilana Löwi<sup>30</sup> realizou um estudo a respeito da febre amarela no Brasil problematizando a circulação das práticas científicas. A partir de uma perspectiva social e cultural das ciências, que privilegia noções como “circulação”, “negociação” e “apropriação”, a autora reconstitui o desenvolvimento de tais práticas em seus múltiplos espaços: laboratório, campo, periódicos especializados e instituições, além de demonstrar que as diferentes dimensões da transferência de conhecimentos estão interligadas. Por sua vez, Marta de Almeida<sup>31</sup> afirma que não existiu uma ruptura drástica entre as práticas científicas exercidas no Brasil antes e durante o século

<sup>28</sup> TOMES, Nancy. *The private side of public health: Sanitary Science, domestic hygiene and the germ theory, 1870-1900*. Bulletin of the History of Medicine, 1990, vol.64, n.4, pp.509-539.

<sup>29</sup> CORBIN, Alain. *Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Companhia das letras, 1987.

<sup>30</sup> LÖWI, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

<sup>31</sup> ALMEIDA, Marta de. Tempo de laboratórios, mosquitos e seres invisíveis. As experiências sobre a febre amarela em São Paulo. In: CHALHOUB *et al.* (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

XX, quando seriam inaugurados os principais institutos de pesquisa. Para a autora, no período anterior à criação de tais institutos, a ciência brasileira não era atrasada e anticientífica. O pragmatismo e a política de intervenção técnica, característicos do início do século XX, contribuíram para a desvalorização de pesquisas e trabalhos anteriores a esse período.

Jaime Larry Benchimol<sup>32</sup> analisou o processo de institucionalização da microbiologia no Brasil identificando e refletindo as redes de conflito em torno das quais estavam em jogo teorias científicas que precederam e pavimentaram o caminho que levaria o país a assumir uma posição de destaque na ciência internacional. O laboratório ampliou a exatidão dos diagnósticos que outrora colocavam em dúvida o conhecimento médico. Todavia, até conquistar a legitimação definitiva, esse novo paradigma sofreu constantes questionamentos pelos diversos grupos rivais no interior da comunidade médica. Esses conflitos ficaram evidentes durante os surtos de cólera que assolaram a população do país entre os anos de 1893 a 1895. Médicos formados na Europa que atuavam nos novos serviços de higiene criados pelas federações brasileiras tinham recebido, ainda que vagamente, influências da microbiologia, protagonizando os embates que marcaram o reconhecimento da nova disciplina em terras brasileiras. Benchimol procura mostrar que a ciência dos micróbios caracterizou-se como o setor mais dinâmico da ciência brasileira no início do século XX. O autor busca ainda retificar o juízo negativo relacionado às pesquisas menos sucedidas no campo etiológico da febre amarela. Nesse sentido ele descreve os trabalhos realizados por cientistas como: Domingos Freire, Giuseppe Sanarelli, Carlos Finlay, Carmona y Valle e João Batista de Lacerda que concorriam entre si para identificar o agente causal da febre amarela e o desenvolvimento de um soro imunizante.

O trabalho de Gilberto Hochman, *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*<sup>33</sup> também foi fundamental para a elaboração desta tese. Mediante uma metodologia que visa associar ideias e interesses tangíveis da ação humana o autor procura examinar o processo de constituição da autoridade pública a partir do aumento e amplitude da ação do Estado, ou seja, da coletivização da saúde e da estatização do bem-estar. Segundo Hochman, “houve um crescimento do ativismo estatal na área de saúde e saneamento, e de sua capacidade de implementar políticas em todo o território nacional”<sup>34</sup>. Sugere ainda que a transformação da saúde em um bem público articula-se com a formação de uma comunidade nacional e a formação do Estado Nacional brasileiro.

<sup>32</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999.

<sup>33</sup> HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2012.

<sup>34</sup> Ibidem, p.24.

Hochman também trabalha com o conceito de configuração de Norbert Elias, nesse aspecto, a coletivização do bem-estar e a formação do Estado seriam processos específicos de mudança e rearranjo nos elos de interdependência humana. O autor afirma que a transição para uma sociedade urbana e industrial potencializou os problemas de dependência mútua e consequentemente promoveu o fim de soluções individuais (abandono à própria sorte dos desfavorecidos) e voluntárias (filantropia, caridade, auxílio mútuo) em virtude da ineficácia dessas medidas diante da extensão do problema. Em sociedades cada vez mais complexas, organizações voluntárias tornar-se-iam inviáveis em razão das dificuldades de coordenação. Nesse sistema os indivíduos beneficiados não contribuem para mantê-lo ou produzi-lo. As políticas de bem-estar contemporâneas foram o resultado dos esforços das elites e dos conflitos intraelites para explorar, administrar e controlar os efeitos externos da pobreza.<sup>35</sup>

Embora as análises de Hochman forneçam importantes subsídios teóricos e argumentativos, esta tese procurou demonstrar que, a despeito da crescente ampliação do ativismo estatal, do processo de coletivização e estatização das políticas de bem-estar na Primeira República, a saúde pública no Brasil já era objeto de interesse no período imperial e a consciência dos efeitos negativos da interdependência sanitária já estava presente, ao menos entre setores ou grupos sociais específicos, na década de 1850 quando o Estado Nacional se consolidou. A criação da Junta Central em 1851 tirou do âmbito das câmaras municipais a prerrogativa de legislar a respeito das questões sanitárias. A formação da Inspetoria Geral de Higiene em 1886 reduziu ainda mais a esfera de atuação dos municípios nesse âmbito. Portanto, as políticas de saúde pública deixaram de ser comunitárias ainda no Império.

No que concerne à historiografia das reformas urbanas foram consultadas, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná, algumas dissertações e teses referentes à cidade de Curitiba. Entretanto, trabalhos que tratem especificamente de Paranaguá dentro dessa temática ainda são muito raros, quando não inexistentes ou dispersos. A despeito disso, as reconstruções das principais cidades brasileiras no final do século XIX e início do XX foram, em maior ou menor medida, influenciadas pelos projetos e planos de reformulação e reforma urbana de Paris, conduzidos ao longo das décadas de 1850 e 1860 pelo imperador Napoleão III (1808-1873) e o engenheiro e prefeito da capital francesa George Eugène Haussmann.

A reforma de Haussmann visava combater o caos urbano, neutralizar a ação revolucionária dos proletários e, sobretudo, tirar os pobres do alcance da visão. Antes da implantação dos bulevares as ruas comportavam, indistintamente em um mesmo e diminuto

---

<sup>35</sup> Ibidem, pp.27-28.



espaço, ricos e pobres, pessoas e tráfego, negócios e residências. Os parisienses viviam, trabalhavam e se divertiam no mesmo quarteirão. A reconstrução da urbe tinha por objetivo, portanto, eliminar essa confusão e segregar, dividir e hierarquizar bairros, classes sociais, serviços, trabalho, circulação e lazeres.<sup>36</sup> Richard Sennett assinala que a mistura de classes dentro dos distritos parisienses foi reduzida pela esquematização imposta pelo projeto de Haussmann, que visava, entre outros aspectos, fazer dos bairros unidades econômicas homogêneas.<sup>37</sup> Essa divisão ou racionalização facilitaria a ação de investidores imobiliários, pois dessa forma saberiam onde estariam investindo seu capital. “Uma ecologia de *quartiers* como uma ecologia de classes: esta era a nova muralha que Haussmann erigira entre os cidadãos urbanos, assim como em torno da própria cidade”.<sup>38</sup> Apesar do caráter draconiano, na década de 1880 os padrões de Haussmann tornaram-se universalmente aceitos como “verdadeiro modelo do urbanismo moderno”, sendo reproduzidos em inúmeras cidades e em diferentes escalas ao longo do globo terrestre.<sup>39</sup>

No Brasil da Primeira República a principal cirurgia urbanística ocorrida no país foi promovida pelo prefeito do Rio de Janeiro, Francisco Pereira Passos (1836-1913), que se inspirou nos trabalhos desenvolvidos em Paris por Haussmann. O historiador Jaime Benchimol escreveu um trabalho referencial a respeito da renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro. Benchimol<sup>40</sup> analisa detalhadamente a conjuntura política e econômica que marcou esse processo de reforma, buscando relacionar a modificação da paisagem urbanística da cidade com a transição do sistema escravista para o capitalista, onde uma nova dinâmica do espaço urbano se tornava um imperativo às necessidades do sistema financeiro, bem como do próprio estado republicano.

Pereira Passos iniciou uma série de reformas que ficaram conhecidas como *bota abaixo* e que consistiram na demolição de cortiços, alargamento de ruas, abertura de largas avenidas, criação de jardins e construção de modernos edifícios. Todas essas ações estavam relacionadas de forma direta com os pressupostos higiênicos ditados pela medicina da época. A erradicação das principais doenças epidêmicas, ponto crucial do projeto de modernização do Rio de Janeiro, foi conduzida pelo sanitarista Oswaldo Cruz, que enfrentou uma das mais

<sup>36</sup> BERMAN, Marshall. *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*. Trad. Carlos Felipe Moisés e Ana Maria L. Ioriatti. São Paulo: Companhia das Letras, 1986, pp.148-162.

<sup>37</sup> SENNETT, Richard. *O declínio do homem público. As tiranias da intimidade*. Trad. Lygia Araujo Watanabe. Rio de Janeiro: Record, 2014, pp.199-200.

<sup>38</sup> Ibidem, p.199.

<sup>39</sup> BERMAN, Marshall. *op.cit.* p.147.

<sup>40</sup> BENCHIMOL, Jaime. *Pereira Passos: um Haussmann tropical: A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esporte, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992.

importantes revoltas populares, descrita e analisada pela historiografia brasileira, e que ficou conhecida como a *revolta da vacina*.

Sonia Hilf Schulz sugere que os projetos de renovação urbana do início do século XX não visavam apenas melhorar a circulação no interior das cidades, mas também higienizar o espaço reformado:

A obsessão sanitária em demolir as ruas-corredores e abrir imensas vias de tráfego evidenciava o desprezo pela urbanidade do presente e pela memória do passado. Os edifícios sobre pilotis restituíram a permeabilidade suprimida pelas ruas tradicionais, predominantes nas áreas poluídas e insalubres dos cortiços parisienses do século XIX. A proposta de destruir quadras inteiras do centro de Paris era comparada a uma cirurgia para extirpar uma doença maligna.<sup>41</sup>

As renovações urbanas, na ótica de Henri Lefebvre<sup>42</sup>, não significariam uma ação violenta, apesar de não excluí-la. Os projetos de reforma do espaço urbano colocariam em jogo aspectos institucionais e de relações cotidianas de uma determinada sociedade. Sob uma perspectiva marxista, Lefebvre<sup>43</sup> afirma que a renovação urbana seria uma ação revolucionária. Entretanto, não foi essa a perspectiva adotada para se pensar os melhoramentos urbanos realizados em Paranaguá no final do século XIX e início do XX, mesmo porque esses melhoramentos não partiram da iniciativa da classe operária. A renovação do espaço urbano em Paranaguá também não atingiu as proporções alcançadas pelas ações comandadas por Pereira Passos no Rio de Janeiro, pois esteve limitada ao contexto e possibilidades locais. A perspectiva sobre a qual este trabalho procurou examinar essas reformas foi a do sanitarismo, da autonomia municipal, dos conflitos entre governo municipal e estadual e chefes políticos locais.

Em síntese, esta pesquisa buscou se alinhar e estabelecer diálogo com a perspectiva social e cultural das ciências que orienta os trabalhos de Ilana Löwi, Marta de Almeida e Jaime Benchimol. Ao pensar o desenvolvimento científico como fenômeno social, esta tese se insere no debate historiográfico sobre a história da saúde pública, das doenças e reformas urbanas no Brasil não somente em função dos novos caminhos interpretativos que abre e dos novos dados referentes à região sul do país que revela, mas também por demonstrar a possibilidade de examinar as funções sociais das ciências a partir do estudo das particularidades locais. A seguir vejamos como a tese está estruturada e, de forma sucinta, as discussões e análises que foram desenvolvidas em cada seção.

<sup>41</sup> SCHULZ, Sonia Hilf. Utopias urbanas modernistas. In: MACHADO, Denise Barcellos Pinheiro (org.). *Sobre urbanismo*. Rio de Janeiro: Viana & Mosley/ProUrb, 2006, p.22.

<sup>42</sup> LEFEBVRE, Henri. *A revolução urbana*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

<sup>43</sup> \_\_\_\_\_. *O direito à cidade*. São Paulo: Moraes, 1991.

A pesquisa divide-se em quatro capítulos, além da introdução e conclusão. A investigação empreendida no primeiro capítulo propõe analisar a formação e o desenvolvimento do aparato institucional de assistência médica montado no Brasil entre o período de 1808 a 1920. Na sequência disso, a proposta do segundo capítulo é examinar como essa estrutura foi montada no Paraná, mais especificamente na cidade de Paranaguá, onde foram construídos espaços como o lazareto da Ilha das Cobras e também onde está situado o principal porto da região. Em seguida, no terceiro capítulo, a intenção é confrontar essa estrutura de forma analítica com os problemas sanitários vivenciados pela população do litoral paranaense. Por fim, o quarto capítulo tem como objetivo reconstituir o processo de reurbanização da cidade de Paranaguá nos anos finais do século XIX e início do XX.

## **Primeiro Capítulo: *Estrutura e legislação sanitária no Brasil imperial e Primeira República***

O objetivo deste capítulo é examinar o processo de implantação de uma estrutura institucional para o enfrentamento dos problemas sanitários em nível nacional durante o século XIX e as primeiras décadas do século XX. Esta análise operada em um plano mais geral é importante para entender posteriormente como essa estrutura se ramificou e foi arquitetada no Paraná ao longo desse período. Em termos metodológicos o capítulo foi escrito com base na interpretação e cruzamento de fontes primárias com a bibliografia de referência. Entre as fontes primárias foram utilizados alvarás, decretos, leis, relatórios do Ministério dos Negócios do Império e literatura médica do período. O capítulo está dividido em nove seções. Na primeira discuto como foi a atuação da Fisicatura-mor e da Provedoria-mor no Brasil entre os anos 1808-1828, bem como a transferência da responsabilidade pelos serviços sanitários às Câmaras Municipais e o cerceamento das práticas populares de cura com a promulgação das posturas municipais do Rio de Janeiro em 1830 e a transformação das faculdades de medicina em 1832. Na segunda seção busco compreender o funcionamento dos serviços de saúde pública durante o período regencial e o início do Segundo Reinado, quando a construção do Estado Nacional, a manutenção da unidade territorial e o pacto federativo estavam na ordem do dia. Em seguida, analiso o processo de formação da Junta Central de Higiene Pública, criada em 1851 durante uma conjuntura bastante específica onde o mundo vivenciava o início da Segunda Revolução Industrial e a febre amarela retornara à cidade do Rio de Janeiro em proporções epidêmicas nos anos 1849-1850. Posteriormente recupero as primeiras discussões referentes à criação de lazaretos no Império, de um hospital marítimo na Corte e de reformas nos regulamentos sanitários para os portos nacionais.

A criação desses espaços de cura e a modificação na legislação dos portos tiveram como objetivo ampliar e melhorar as quarentenas, principal medida preventiva adotada dentro dos limites do período analisado. Em função disso problematizo ainda a relação entre quarentenas e as teorias contagionista e miasmática. A quinta seção abordará aspectos referentes às Conferências Sanitárias Internacionais realizadas na América Latina. O porto de Paranaguá mantinha fluxo constante com as províncias do Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul além de países como Argentina, Chile e Uruguai, estabelecendo ligações com o Mundo Atlântico e ao mesmo tempo representando uma ameaça para a salubridade da região. Ainda dentro dessa seção discuto alguns aspectos em torno da construção do lazareto da Ilha de Martin Garcia em Buenos Aires à luz dos Congressos Sanitários.

A sexta e sétima seções tratam respectivamente do processo de formação e organização interna do hospital marítimo Santa Isabel e do lazareto de Ilha Grande no Rio de Janeiro. Na sequência trato dos decretos n. 6.378 de 1876, n.8.387 de 1882 e n.9.554 de 1886 promulgados com a intenção de revisar a estrutura e a legislação sanitária do império. Na última seção discorro a respeito da criação dos primeiros institutos de pesquisa no Brasil e da resolução do enigma etiológico da febre amarela, principal problema de saúde pública no país durante o período tratado por esta pesquisa. Finalizo o capítulo apontando para as missões científicas realizadas pelos cientistas do Instituto Oswaldo Cruz nas primeiras décadas do século XX, quando irrompe outro conjunto de problemas sanitários diferentes daqueles enfrentados pelos higienistas do século XIX.

*A implantação da Fisicatura-mor e Provedoria-mor no Brasil e suas relações com as formas alternativas de cura.*

Com a chegada da Corte portuguesa ao Brasil em 1808 e a consequente abertura dos portos brasileiros às “nações amigas” o controle sanitário foi intensificado. Os antigos cargos de cirurgião-mor e físico-mor foram restabelecidos pelo decreto de 7 de fevereiro de 1808 e constituíam a Fisicatura-mor, instância médica com caráter burocrático e administrativo.<sup>44</sup> A regulamentação dos cargos se deu mediante o alvará de 23 de novembro daquele ano, que estabelecia, entre outras medidas, a permanência e validade dos regimentos de 25 de fevereiro de 1521 e de 12 de dezembro de 1631. A autonomia da qual usufruíam em Portugal foi mantida no Brasil. Tinham como responsabilidade a inspeção de alimentos, comércios, bebidas, medicamentos e a concessão de licenças e cartas para o exercício das artes de curar. Cabia ao físico-mor fiscalizar médicos, boticários e curandeiros. Ao cirurgião-mor ficavam submetidos dentistas, sangradores e parteiras.<sup>45</sup>

Com o fim da Junta do Proto-Medicato, oficialmente extinta pelo alvará de 7 de janeiro de 1809, outra instituição foi fundada, naquele mesmo ano, com o objetivo de auxiliar a Fisicatura-mor. Mediante decreto de 28 de julho, instituiu-se o cargo de Provedor-Mor da saúde da Corte e Estados do Brasil, cujas funções estavam relacionadas com a inspeção

<sup>44</sup>PIMENTA, Tânia Salgado. *Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em História- UNICAMP. Campinas: 1997, p.7. A autora não busca interpretar essa instituição pelo viés corporativista. Sua investigação procura esclarecer o sentido social da Fisicatura-mor em seu contexto histórico próprio.

<sup>45</sup>BRASIL. Alvará de 23 de novembro de 1808. Manda executar os regimentos de Físico-mor e Cirurgião-mor e regula a sua jurisdição e de seus delegados. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1808*, vol. I, p. 163, (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/alvara/antioresa1824/alvara-40268-23-novembro-1808-572452-publicacaooriginal-95559-pe.html>> Acessado em: 28 de março de 2015.

sanitária dos portos, a prevenção de epidemias e a fiscalização de víveres e demais gêneros alimentícios, bem como de matadouros e açougues públicos.<sup>46</sup> O Alvará de regimento com força de lei publicado em 22 de janeiro de 1810 regulamentou a jurisdição do provedor-mor, exercitada *ex officio* por magistrados, ouvidores gerais de comarcas e juízes de fora. Determinou ainda a construção de lazaretos para a realização de quarentenas. Antes da atracação, as embarcações nacionais ou estrangeiras seriam submetidas a uma inspeção realizada por oficiais de saúde. Caso fosse constatada a necessidade de quarentena, a duração da mesma oscilaria de acordo com a moléstia. Em todo caso o período não poderia ser inferior a oito dias. Nos portos da Bahia e Pernambuco onde o comércio também era intenso, guardas-mores assumiriam a função de delegados do provedor-mor, incumbidos de examinar as cartas de saúde de embarcações nacionais e estrangeiras, além de inspecionar os navios negreiros e realizar demais tarefas designadas pelo provedor-mor.<sup>47</sup> Constantes conflitos de jurisdição motivaram a substituição dos magistrados locais, representantes da provedoria fora da corte, pelos guardas-mores de saúde, designados delegados do Provedor-mor mediante alvará de 24 de julho de 1815.<sup>48</sup> Esses conflitos de jurisdição demonstram uma das facetas referentes às dificuldades encontradas pela Corte para introduzir e estabelecer medidas administrativas que intensificassem o controle sanitário no Brasil. Os dissensos podem ainda ter sido alimentados pela aplicação das quarentenas, consideradas incômodas, inúteis e prejudiciais por muito grupos de comerciantes, médicos e naturalistas.

Os juízes delegados comissários ficaram responsáveis por auxiliar o físico-mor e o cirurgião-mor, atuando nas diversas Capitânicas onde as respectivas autoridades não pudessem estar presentes. No que dizia respeito à jurisdição civil e criminal, os delegados deveriam agir conforme o disposto no regimento de 25 de fevereiro de 1521, ou seja, os processos deveriam ser remetidos à Corte onde seriam julgados pelo físico-mor ou cirurgião-mor em conjunto com um desembargador designado pelo rei, príncipe regente ou imperador, conforme a conjuntura política do momento.<sup>49</sup> De acordo com o alvará de 22 de janeiro de 1810 os

---

<sup>46</sup> BRASIL. Decreto de 28 de julho de 1809. Cria o lugar de Provedor-Mor da Saúde. Coleções de leis do Império do Brasil de 1809, vol. I, p.125, (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/sn/antioresa1824/decreto-40090-28-julho-1809-571826-publicacaooriginal-94954-pe.html>> Acessado em: 28 de março de 2015.

<sup>47</sup> BRASIL. Alvará de 22 de janeiro de 1810. Dá regimento ao Provedor Mór de Saúde. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1810*, vol. I, p.17, (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/alvara/antioresa1824/alvara-39909-22-janeiro-1810-570996-publicacaooriginal-94091-pe.html>> Acessado em: 28 de março de 2015.

<sup>48</sup> BRASIL. Alvará de 24 de julho de 1815. Declara as funções dos Guardas-Mores de Saúde, como Delegados do Provedor-Mor. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1815*, vol. I, p.39, (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/alvara/antioresa1824/alvara-39537-24-julho-1815-569894-publicacaooriginal-93074-pe.html>> Acessado em: 28 de março de 2015.

<sup>49</sup> Idem.

delegados contariam com o auxílio de dois escrivães, dois examinadores boticários e um meirinho. A fim de exercer efetivamente as atribuições confiadas a seu cargo, os delegados poderiam nomear escrivães, oficiais e examinadores de sua confiança para 31 e representá-los nas localidades mais distantes. Se, durante as visitas de inspeção às boticas fosse encontrado algum medicamento julgado impróprio para uso, caberia ao juiz comissário delegado determinar a queima do material ou o fechamento do estabelecimento, caso fosse constatada a inexistência de estoque minimamente constituído para abastecer a população. O mesmo juiz ficaria encarregado de realizar devassas anuais nas terras de sua jurisdição a fim de punir aqueles que formulassem e aplicassem remédios irregularmente. Durante esse procedimento, geralmente ocorriam denúncias de prevaricação, gerando conflitos com as pessoas fiscalizadas. As queixas se davam tanto na Corte como nos lugarejos mais distantes. Nenhuma diligência ou ato dos delegados do físico-mor do Reino poderiam ser suspensos por governador, capitão general, ministro de justiça, capitão mor ou comandante de distrito, o que demonstra o caráter amplo e irrestrito das atribuições confiadas aos oficiais que representavam a Fisicatura-mor.<sup>50</sup> O poder conferido a esses juízes visava não apenas reforçar a autoridade do poder real no interior do Brasil e evitar a importação de moléstias epidêmicas para o Rio de Janeiro onde então residia a família real, mas também combater as práticas de cura não reconhecidas pela ciência acadêmica, hostilizadas pelos médicos e associadas ao charlatanismo, à ignorância e ingenuidade. Segundo André de Faria Pereira Neto as raízes desse embate entre distintas racionalidades terapêuticas estariam na formação cultural brasileira.<sup>51</sup> As pessoas que ousavam exercer ou recorrer aos métodos heterodoxos de cura acabavam rotuladas como indivíduos ignóbeis, embotados e obtusos. Entretanto, a despeito dos dispositivos de coerção, a medicina acadêmica não exercia um monopólio do mercado terapêutico, pois muitas pessoas desconfiavam dos alopatas por compartilharem crenças diferentes das suas e habitarem na maioria das vezes universos sociais distintos. Essa falta de coesão entre médicos oriundos dos níveis mais altos da sociedade e pacientes pertencentes aos estratos mais baixos fazia com que estes últimos continuassem a recorrer a homeopatas, parteiros, sangradores e curandeiros para solucionar seus problemas de saúde.

Os candidatos que desejassem obter licenças e cartas para exercer as artes da cura tinham que apresentar, junto à Fisicatura-mor, certidão concedida por mestres licenciados

<sup>50</sup> BRASIL. Alvará de 22 de janeiro de 1810. Dá regimento aos Delegados do Físico-mor e estabelece providências sobre a saúde pública. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1810*, vol. I, p.7, (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/alvara/antioresa1824/alvara-39909-22-janeiro-1810-570996-publicacaooriginal-94091-pe.html>> Acessado em: 28 de março de 2015.

<sup>51</sup> PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

responsáveis pelo aprendizado, cuja duração mínima era de quatro anos no caso de cirurgiões e boticários e dois anos para sangradores e parteiras. Caso o mestre se recusasse a fornecer o certificado, o suplicante poderia recorrer a três testemunhas para comprovar que exerceu a profissão durante determinado tempo. Por sua vez, os médicos deveriam apresentar o diploma expedido pela faculdade onde haviam se formado. Os pedidos de licença para curar de medicina<sup>52</sup> e para a atuação como curandeiro não exigiam certidões de mestres, mas sim a comprovação, geralmente obtida mediante abaixo-assinados, da necessidade dos serviços do candidato, assim como de sua ilibada conduta moral para o exercício do ofício.<sup>53</sup>

As cartas concedidas a médicos, cirurgiões e boticários eram definitivas e assinadas pelo rei, príncipe ou imperador, conforme o contexto político. As licenças, geralmente expedidas a parteiras, sangradores e curandeiros, tinham caráter provisório e contavam com a assinatura do físico-mor ou cirurgião-mor, demonstrando assim uma hierarquia entre as atividades profissionais, cujas ressonâncias podiam ser observadas no interior da própria estrutura burocrática da Fisicatura-mor: “Portanto, a distribuição das cartas ocorria de acordo com as diferenças social e econômica existentes na sociedade. E a conferência dos títulos, por sua vez, reafirmava o maior ou menor prestígio das pessoas que os recebiam”.<sup>54</sup> No entanto, apesar da exigência de títulos, muitos terapeutas populares que exerciam diferentes ofícios e práticas optavam por não regularizar suas atividades. Presume-se que essa escolha tinha como fundamento a cobrança exigida para o licenciamento; o desinteresse da clientela em saber se os terapeutas possuíam ou não titulação; o fato de muitos desconhecerem o caráter ilegal do trabalho e a própria existência da Fisicatura.<sup>55</sup> As limitações e o reduzido quadro de funcionários, problema crônico restrito não somente à Corte, também contribuíam para essas decisões.

Após a proclamação da independência do Brasil, a Fisicatura começou a ser hostilizada em função do sentimento antilusitano que a vinculava aos interesses portugueses. Outro fator importante que pesou para a sua extinção foram as constantes reclamações de abusos de poder por parte de seus oficiais. Conforme supõe Tânia Salgado Pimenta, a falta de apoio dos médicos à instituição (vinculados cada vez mais às academias médico-cirúrgicas),

---

<sup>52</sup> A licença para curar de medicina prática era concedida àquelas pessoas que não tinham completado os estudos de medicina no exterior, mas que, no entanto, possuíam cartas de cirurgião ou de boticário. Quem não tivesse tais cartas poderia requerer uma licença de curandeiro. PIMENTA, *op. cit.*, p.34.

<sup>53</sup> Ibidem, pp.13-14.

<sup>54</sup> Ibidem, p.35.

<sup>55</sup> PIMENTA, Tânia Salgado. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: CHALHOUB, Sidney, *et al.* (orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003, p.310.



também contribuiu para o seu fim.<sup>56</sup> Após longo debate foi promulgada a lei de 30 de agosto de 1828 extinguindo a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor. Suas atribuições foram transferidas para as Câmaras Municipais e Justiças Ordinárias.<sup>57</sup> Porém, a concessão de autorização e fiscalização do exercício de curar ficou paralisada. A lei de 1º de outubro, promulgada no mesmo ano, reordenando, ampliando e diversificando as funções das Câmaras Municipais, não especificou nada sobre essa questão.<sup>58</sup> A despeito disso, grande parte dos terapeutas populares não teve suas atividades prejudicadas e continuaram a exercer seu ofício normalmente. Na cidade do Rio de Janeiro, somente a partir de 1830, com a publicação de novas posturas municipais é que a concessão de autorização e fiscalização do exercício de curar foi regulamentada. Todo médico, boticário, parteira e sangrador deveria apresentar sua carta na Câmara Municipal para ser registrada. Quem não a possuísse seria considerado contraventor. A situação dos curandeiros se agravou ainda mais, uma vez que sua profissão foi excluída pelas posturas, obrigando-os a cair na clandestinidade.<sup>59</sup> A situação se agravou em 1832 com a transformação das academias médico-cirúrgicas em faculdades de medicina, instituições responsáveis por conferir o título de farmacêutico, parteira e doutor em medicina. O título de sangrador deixou de ser concedido, assim como o reconhecimento, por parte da Câmara, das cartas fornecidas pela Fisicatura. Os pedidos de licença, exame, ou carta passaram a ser negados pela Câmara.

Fundados em 1808 nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro, os primeiros espaços de ensino médico-cirúrgico tinham como principal objetivo formar médicos para ampliar o escasso quadro profissional do Império. Todavia, durante todo o período abrangido por esta pesquisa o número de esculápios formados por ambas as instituições foi insuficiente para

<sup>56</sup>Ibidem, p.316.

<sup>57</sup>BRASIL. Lei de 30 de agosto de 1828. Extingue os lugares de Provedor-mor, Físico-mor e Cirurgião-mor do Império, passando para as Câmaras Municipais e Justiças ordinárias as atribuições que lhes competiam. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1828*, vol. I, p.27,(publicação original). Disponível em:<[http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei\\_sn/1824-1899/lei-38197-30-agosto-1828-566168-publicacaooriginal-89805-pl.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38197-30-agosto-1828-566168-publicacaooriginal-89805-pl.html)> Acessado em: 28 de março de 2015.

<sup>58</sup> BRASIL. Lei de 1º de outubro de 1828. Dá nova forma às Câmaras Municipais, marca suas atribuições, e o processo para sua eleição, e dos Juízes de Paz. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1828*, vol. I, p.74, (publicação original). Disponível em: <[http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei\\_sn/1824-1899/lei-38281-1-outubro-1828-566368-publicacaooriginal-89945-pl.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38281-1-outubro-1828-566368-publicacaooriginal-89945-pl.html)> Acessado em: 28 de março de 2015. Conforme a lei de 1º de outubro de 1828, serviços ligados à segurança, saúde pública, ordenamento do espaço urbano e o comércio local ficaram a cargo dos municípios. Essa lei foi regulamentada em 1832 com a participação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ) que se ofereceu para apoiar as Câmaras Municipais nas questões relacionadas à saúde pública. Fundada em 1829 sob a influência do movimento higienista francês de fins do século XVIII, a SMRJ representou os primórdios da institucionalização da higiene pública no país. Em 1835 foi transformada em Academia Imperial de Medicina, e seu estatuto sofreu uma reorganização com o intuito de se adequar aos interesses estatais, tornando-se conselheira do governo central sobre questões sanitárias. DELAMARQUE, Elizabete Viana. *Junta Central de Higiene Pública: vigilância e política*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, 2011, pp.8-9.

<sup>59</sup>PIMENTA, *op. cit.*, pp.316-317.

atender a população do país, sobretudo aquelas situadas nas regiões afastadas dos centros urbanos litorâneos. Inicialmente, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro denominava-se Escola Cirúrgica e Médica do Rio Janeiro e estava situada no Hospital Real Militar. Em 1813 adquiriu estatuto próprio, independente da Universidade de Coimbra e passou a se chamar Academia Médico-Cirúrgica, funcionando nas dependências do Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Com a independência do Brasil e a emergência de um novo quadro político e socioeconômico, ocorreram mudanças nas instituições médicas do país. Ampliada a autonomia das academias médico-cirúrgicas pelo decreto imperial de 1826, puderam emitir os diplomas de cirurgião aprovado e de cirurgião formado, libertando-se, assim, do julgo da Universidade de Coimbra e do cirurgião-mor de Portugal. A lei de 3 de outubro de 1832, elaborada pela Câmara dos Deputados em conjunto com a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transformou as academias do Rio de Janeiro e de Salvador em faculdades de medicina. O ensino da medicina e da cirurgia foi integrado em um curso só, com duração de seis anos. Dois novos cursos passaram a ser ofertados: farmácia e obstetrícia. A titulação, após a conclusão dos cursos, ficou assim definida: doutor em medicina, farmacêutico e parteira. Nova reforma realizada pelo Ministério do Império em 1854 deu ao ensino médico do Brasil novos estatutos e quadro docente ampliado com a criação da classe de opositores. Foram inseridas nos currículos as disciplinas de anatomia patológica, patologia geral e química orgânica. A chamada reforma Bom Retiro guiou o ensino médico no país até 1879, quando novo decreto pôs em vigor ambicioso projeto elaborado por uma comissão médica, que instituiu o ensino prático e colocou a grade curricular em sintonia com as novas especialidades médicas que vinham surgindo.<sup>60</sup>

Vejamos na próxima seção, em linhas gerais, como a assistência à saúde pública ficou organizada no interior dos arranjos institucionais estabelecidos durante o período Regencial e início do Segundo Reinado e quais os principais fatores que levaram o governo imperial a promover uma reformulação dos serviços sanitários na segunda metade do século XIX.

#### *A construção e consolidação do Estado Nacional. A saúde pública em segundo plano.*

As principais preocupações das elites dirigentes brasileiras durante a primeira metade do século XIX foram a construção do Estado Nacional e a enorme dificuldade em estender

---

<sup>60</sup>FERREIRA, Luiz Otávio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; EDLER, Flávio Coelho. A faculdade de medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino. In: DANTES, Maria Amélia M. (org.). *Espaços da Ciência no Brasil: 1800—1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, pp.62-72.

sua hegemonia ao vasto território da ex-colônia. A unidade territorial ainda não estava constituída e foi um processo vagaroso, forjado ao longo do oitocentos. Diferentes projetos políticos estiveram em debate e refletiram a diversidade de interesses e de concepções dessa elite. Entre esses projetos dois se sobressaíram: o federalismo e o da centralização, herdeiro da ilustração pombalina. Com um país de regiões tão distintas e elites com demandas tão contraditórias entre si, a abdicação de d. Pedro I em 1831 abriu caminho para a formação de um novo arranjo institucional, o federalismo, capaz de acomodar os interesses dos potentados locais descontentes com o regime centralizador do Primeiro Reinado.

O projeto federalista, de cunho liberal, pressupunha uma monarquia constitucional federalista. Conforme assinala Miriam Dolhnikoff: “A diversidade entre as províncias exigia demandas distintas, e a monarquia federativa seria capaz de acomodá-las, ao mesmo tempo que serviria aos interesses comuns, como a preservação da ordem excludente”.<sup>61</sup> O pacto federativo proposto pelos liberais brasileiros excluía, portanto, qualquer tentativa de reformas sociais mais profundas. Com diferentes nuances, o liberalismo no Brasil esteve vinculado a vários programas e projetos, refletindo os conflitos de interesses existentes entre as elites dirigentes. Nesse aspecto, ambiguidades e contradições caracterizaram o pensamento liberal no Brasil. Entre elas podemos destacar a recusa de grande parte dos liberais brasileiros em repensar os fundamentos da sociedade escravista. A despeito disso, havia um consenso por parte desses liberais em torno de um regime monárquico federalista. A opção pela monarquia reflete a vontade desses reformadores em constituir e preservar uma unidade territorial. Em essência, os liberais buscavam um arranjo que combinasse autonomia provincial com um Estado Nacional hegemônico.<sup>62</sup>

Vitorioso, o projeto federalista ampliou significativamente a autonomia das províncias e manteve a limitação dos poderes das Câmaras Municipais, cujas ações já haviam sido restringidas pela lei de 1828 que as subordinava aos Conselhos de Província, substituídos pelas Assembleias Legislativas Provinciais em 1834 com a promulgação do Ato Adicional. As Câmaras Municipais não tinham liberdade para decidir a respeito da arrecadação de impostos e suas atribuições. Por outro lado, conservaram sob sua jurisdição assuntos de ordem sanitária e passaram a dispor de juízes de paz com atribuições mais amplas. O fortalecimento

<sup>61</sup> DOLHNIKOFF, Miriam. *O pacto imperial: origens do federalismo no Brasil do século XIX*. São Paulo: Globo, 2005, p.41.

<sup>62</sup> Sobre o liberalismo no Brasil imperial ver: GUIMARÃES, Lucia Maria Paschoal; PRADO, Maria Emilia (orgs.). *O liberalismo no Brasil imperial: origens, conceitos e prática*. Rio de Janeiro: Revan: UERJ, 2013; DIAS, Maria Odila Leite da Silva. Ideologia liberal e construção do Estado In: DIAS, Maria Odila Leite da Silva. *A interiorização da metrópole e outros estudos*. São Paulo: Alameda, 2005, pp.127-151. A respeito da construção do Estado Nacional ver ainda: CARVALHO, José Murilo de. *A construção da ordem: a elite política imperial. Teatro de sombras: a política imperial*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

do poder judiciário a nível municipal foi uma estratégia para revigorar igualmente o Estado Nacional diante da impossibilidade de se estabelecer uma extensa rede de serviços e recursos humanos capazes de difundir a autoridade do governo central aos lugares mais distantes e periféricos do país. Em virtude da inexistência de uma consciência social mais ampla em relação aos problemas causados pelas doenças, pois os grandes surtos de febre amarela e cólera só ocorreriam na segunda metade do século XIX, os liberais federalistas deixaram de lado a assistência médica e sanitária. O arranjo então vigente que concentrava os serviços de higiene pública no âmbito da municipalidade só seria revisto no início da década de 1850, com a criação da Junta Central de Higiene Pública. Outro aspecto importante a ser considerado está relacionado com a lógica liberal da época que não via a saúde como investimento capaz de promover o crescimento econômico. O Estado só deveria intervir de forma mais incisiva em áreas estratégicas para o desenvolvimento da economia do país, isto é, em setores de comunicação e transportes. A construção de estradas ampliava a capacidade produtiva do país, interligando diferentes regiões do interior ao oceano Atlântico, como também aos demais oceanos do globo, mediante cidades portuárias como Santos e em menor medida Paranaguá. As estradas, por meio dos impostos coletados nas barreiras (pedágios), garantiam grande parte das receitas de muitas províncias e favoreciam a disseminação da autoridade do Estado Nacional.

Com a promulgação do Ato Adicional em 1834 as Assembleias Provinciais ficaram responsáveis por determinar as despesas municipais e provinciais, além dos impostos que deveriam ser cobrados. Tinham a obrigação de promover as obras públicas necessárias, a segurança da população e a instrução pública (o ensino superior era obrigação do governo central), além de controlar os empregos provinciais e municipais. Em relação à higiene pública o Ato Adicional fazia menção apenas às casas de socorros públicos e conventos. Os presidentes de província, apesar de nomeados pelo governo central, não podiam apresentar projetos, de competência exclusiva das Assembleias Provinciais. Contudo, dispunham da prerrogativa de vetar as leis propostas pelos deputados, mas o veto presidencial tinha limites e podia ser derrubado pelo voto de dois terços dos membros da casa legislativa. No que dizia respeito aos assuntos municipais, as resoluções das Assembleias Legislativas não estavam sujeitas ao veto presidencial, reforçando ainda mais o controle provincial sobre os poderes locais.<sup>63</sup>

A despeito da limitação de suas funções, os presidentes de província exerciam a importante estratégia de conectar a Corte com as demais províncias, possibilitando a

---

<sup>63</sup> DOLHNIKOFF, Miriam, *op. cit.* pp.101-104.

resolução de questões cruciais no âmbito administrativo, econômico e da segurança interna. A nomeação dos presidentes pelo governo central não significava obstáculo à autonomia das províncias. Havia, conforme assinala Dolhnikoff<sup>64</sup>, negociação entre governo central e elites provinciais e não imposição da vontade do Império. Era fundamental para a manutenção do arranjo institucional vigente àquele período o equilíbrio entre interesses locais, provinciais e centrais. No interior desse arranjo, a autonomia das Câmaras Municipais foi sacrificada em nome da viabilidade do Estado Nacional. O legislativo das províncias ficou responsável, portanto, por aprovar as posturas municipais e os orçamentos dos municípios. De acordo com Dolhnikoff “a subordinação das Câmaras às Assembleias visava impedir que localismos colocassem em risco a integridade do novo Estado”.<sup>65</sup>

A revisão conservadora de 1840 manteve e corrigiu alguns aspectos do pacto federalista considerados problemáticos. Mediante a Lei de Interpretação do Ato Adicional o aparelho judiciário foi reorganizado e as atribuições dos juízes de paz transferidas para funcionários nomeados pelo governo central. Em essência, as principais medidas tomadas pela revisão conservadora foram a reforma do Código de Processo Criminal e a interpretação do Ato Adicional. A lei de interpretação retirou das Assembleias Provinciais o direito de legislar sobre a polícia judiciária e manteve sob a competência das mesmas a instrução pública, obras públicas e arrecadação tributária.<sup>66</sup> Para a Corte a autonomia provincial representava a desoneração do tesouro central, uma vez que muitas despesas foram transferidas às províncias, bem como uma arrecadação de tributos mais eficientes e um risco menor de eclosão de movimentos separatistas.<sup>67</sup>

Os serviços sanitários continuavam sob responsabilidade das Câmaras Municipais. Todavia, diante de uma nova conjuntura econômica internacional estabelecida a partir do início da segunda metade do século XIX, a estrutura de assistência à saúde pública do Império brasileiro passaria por reformulações. O mundo vivia um período extraordinário de transformação e expansão econômica. As taxas de exportação inglesas duplicaram entre as décadas de 1850 e 1860. Somente para a América Central e do Sul, as exportações britânicas passaram de seis milhões em 1848 para vinte e cinco milhões em 1872. A Inglaterra também ampliou exponencialmente suas importações de borracha, cuja coleta era realizada quase que inteiramente na América do Sul. Em termos mundiais, a produção de carvão, ferro e vapor foi ampliada e o comércio cresceu 260% entre 1850 e 1870. A industrialização transformou o

---

<sup>64</sup> Ibidem, p.117.

<sup>65</sup> Ibidem, p.119.

<sup>66</sup> Ibidem, pp.129-137.

<sup>67</sup> Ibidem, pp.170-171.

planeta em uma economia interativa unificada. Fundamental para o desenvolvimento econômico, essa integração constituiu o alicerce da industrialização de inúmeros países, bem como, da grande expansão nas exportações de mercadorias, capital e seres humanos. Movimentos populacionais e industrialização estavam entrelaçados e isso em virtude, sobretudo, das novas e mais eficazes formas de comunicação, ou seja, estradas de ferro, navios a vapor e telégrafos.<sup>68</sup> O Brasil não ficou incólume a esse movimento, integrando igualmente a rede global de trocas econômicas e do fluxo intenso de homens e mulheres. Por outro lado, o país também sentiu os efeitos negativos desse crescente aumento da interdependência social e econômica. A febre amarela ressurgiu em proporções epidêmicas no ano de 1849. Por sua vez, o cólera manifestou-se em 1855, no contexto da terceira pandemia (1839-1861). As elites políticas nacionais, conscientes das consequências desses efeitos para a economia e imagem do Império no exterior, optaram por centralizar a assistência à saúde pública. Nesse aspecto, a principal ação foi a fundação da Junta Central de Higiene Pública em 1851. Sua criação representou as primeiras tentativas de sistematização dos serviços sanitários do Império após o fim da Fisicatura-Mor em 1828.

*Junta Central de Higiene Pública. A saúde em primeiro plano.*

Os municípios recebiam duras críticas pelo modo como vinham conduzindo as questões relativas à saúde pública. Muitos médicos propugnavam a criação de um órgão central para cuidar desses serviços. Tentativas de estabelecer uma repartição com esse perfil datam de 1832 quando Nicolau Pereira de Campos Vergueiro, ministro do Império, propôs a formação de juntas de saúde pública nas principais cidades marítimas do Império.<sup>69</sup> Porém, tais iniciativas nunca chegaram a bom termo. Em ensaio denominado “Consideração sobre alguns objetos relativos à higiene pública” e publicado na *Revista Médica Fluminense*, em 1840, o médico José Pereira Rego (1816-1892) endossou a necessidade de fundação de um conselho de salubridade com regulamento específico e a separação das polícias civil e sanitária. Enquanto o governo não tomasse outras providências, Pereira Rego sugeriu a formação de comissões particulares nomeadas pelas Câmaras Municipais com o objetivo de regulamentar a higiene pública. O médico carioca argumentava que os funcionários das municipalidades não tinham os conhecimentos necessários para gerir matéria tão distinta, fato

<sup>68</sup> HOBBSBAWM, Eric J. *A era do capital, 1848-1875*. Trad. Luciano Costa Neto. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

<sup>69</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1832 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na sessão ordinária de 1833 pelo respectivo ministro e secretário de Estado Nicolau Pereira de Campos Vergueiro*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1833, p.18. Disponível em: < <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/ul703/000019.html> > Acessado em: 13 de abril de 2015.

comprovado, segundo ele, pelo crescente número de charlatães e anúncios de curas milagrosas.<sup>70</sup> Pereira Rego demonstra preocupação não somente com o arranjo institucional necessário à execução de serviços sanitários mais amplos, mas, principalmente com a ameaça representada pelas terapêuticas populares ao monopólio e hegemonia da medicina alopata. Em outras palavras, o comércio de medicamentos, as artes de curar e a administração da assistência à saúde pública deveriam ficar restritas aos médicos diplomados por instituições acadêmicas reconhecidas nacional e internacionalmente.

Em 1845, nova proposta de criação de um conselho de saúde pública foi elaborada, especificando detalhadamente suas atribuições. Criada por médicos e pelos deputados Joaquim Cândido Soares Meirelles, Francisco Alvares Machado de Vasconcellos e Manoel de Mello Franco a proposta estipulava, entre outras funções, a vigilância do exercício da medicina e farmácia; fiscalização de cemitérios, matadouros, hospitais, prisões e auxílio às províncias durante as quadras epidêmicas. Também previa a criação de comissões médicas, subordinadas ao conselho, nas capitais das províncias e outras cidades. O projeto sofreu várias críticas na Câmara dos Deputados, o que resultou na nomeação de uma comissão especial para reformulá-lo e apresentá-lo à Academia Imperial de Medicina. Contudo, em sessão realizada por aquela instituição no dia 16 de junho de 1846, o médico Roberto Jorge Haddock Lobo, membro da Academia, apresentou projeto de Lei de saúde pública. Este também previa um conselho sanitário com sede na Corte e comissões médicas nas capitais e cidades mais importantes. Por outro lado, continha lacunas semelhantes ao anterior, como por exemplo, a ausência de disposições relacionadas à medicina legal, lazaretos e quarentenas, inviabilizando sua votação pela Câmara.<sup>71</sup>

A crise deflagrada pela epidemia de febre amarela de 1849-1850 pressionou a apresentação de novo projeto desenvolvido pelo médico José Martins da Cruz Jobim. Semelhante ao de 1845 tinha caráter centralizador e acabou não recebendo o apoio necessário para transformação em lei. Em 22 de agosto de 1850, o legislativo deu início à discussão do projeto da comissão de saúde do Senado que estipulava um crédito no valor de 200 contos de réis destinados ao Ministério do Império. Essa verba deveria ser aplicada em melhorias sanitárias no país e na criação de uma junta de saúde pública. O assunto foi retomado justamente quando fervilhavam os debates a respeito da salubridade, urbanização e condições de trabalho suscitados pelas epidemias de febre amarela e cólera que assolavam o Brasil no

<sup>70</sup> REGO, José Pereira. Consideração sobre alguns objetos relativos à higiene pública. *Revista Médica Fluminense*, v.6, n.2, 1840, pp.145-148.

<sup>71</sup> DELAMARQUE, Elizabete Viana. *Junta Central de Higiene Pública: vigilância e política*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, 2011, pp.23-39.

início daquela década.<sup>72</sup> O terceiro artigo do projeto versava sobre as atribuições da junta, que deveriam ser meramente consultivas, gerando divergências entre os deputados. Argumentavam alguns que criar um novo órgão só para prestar conselhos seria redundante, pois a Academia Imperial de Medicina já fazia isso. Outros deputados, formados em medicina, defenderam papel mais ativo para a junta. A despeito das discussões, não houve mudanças importantes no projeto, aprovado em 10 de setembro de 1850 e regulamentado mediante o decreto n. 598, originando a Junta de Higiene Pública, composta por um presidente nomeado pelo governo, o cirurgião-mor da Armada e do Exército, o inspetor do Instituto Vacínico e o provedor de Saúde do Porto do Rio de Janeiro.<sup>73</sup>

Inicialmente a Junta não dispunha de regulamento próprio, o que a forçou, muitas vezes, a recorrer ao Ministério do Império para fazer valer suas determinações. O primeiro regulamento foi promulgado em 29 de setembro de 1851. A Junta então passou a denominar-se “Junta Central de Higiene Pública”. O acréscimo da palavra “central” poderia supor jurisdição nacional, embora na prática ela não exercesse tal influência. Nas províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco e Rio Grande do Sul, a Junta faria se representar por comissões de higiene pública, nas demais, por provedores de saúde pública. Integravam as comissões os comissários vacinadores provinciais, os provedores de saúde dos portos e delegados do Cirurgião-mor do Exército. A Junta ficou responsável pela fiscalização das artes de curar e à sua estrutura administrativa e burocrática foram incorporadas as inspetorias de vacinação e saúde dos portos.<sup>74</sup>

A Junta Central de Higiene Pública, assim como a Inspetoria de Saúde do Porto do Rio de Janeiro, hospitais dos lázaros, lazareto de Jurujuba, Hospital Marítimo de Santa Isabel e o Instituto Vacínico, estavam subordinados ao Ministério do Império. Antes da independência, este era denominado Ministério do Reino, a mais antiga secretaria de Estado da monarquia portuguesa. Com a instauração da república transformou-se em Ministério do Interior, fundindo-se mais tarde com o da Justiça (Ministério da Justiça e Negócios Interiores). Ao fim da década de 1850 o Ministério do Império também passou por reformulações em sua estrutura administrativa. A reorganização empreendida pelo ministro Sérgio Teixeira de Macedo, mediante decreto publicado em 5 de março de 1859, conferiu ao ministério maior flexibilidade diante dos inúmeros e complexos negócios a ele atribuídos. A secretaria ficou

---

<sup>72</sup> Ibidem, pp.69-74.

<sup>73</sup> Ibidem, pp.88-91.

<sup>74</sup> BRASIL. Decreto n.828 de 29 de setembro de 1851. Manda executar o regulamento da Junta de Higiene Pública. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1851*, vol. I, p.259, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html> > Acessado em: sete de abril de 2015.



dividida em nove seções, sendo a quinta destinada à saúde pública, estabelecimentos de beneficência e socorros públicos. De maneira mais específica, a quinta seção ficou responsável pelos seguintes serviços e instituições: fiscalização do exercício da medicina, epidemias, serviço sanitário dos portos, higiene pública, polícia sanitária, vacina, Academia Imperial de Medicina, Junta Central de Higiene Pública, inspetores de Saúde das Províncias, Provedorias de Saúde dos Portos, lazaretos, cemitérios, Instituto Vacínico, hospitais, hospícios e alienados, casas de expostos e estabelecimentos de beneficência.<sup>75</sup>

Com a publicação do decreto n.268 de 29 de janeiro de 1843, as inspeções sanitárias dos portos deixaram de ser responsabilidade das Câmaras Municipais e passaram para a alçada do governo imperial. O cargo de professor da Saúde foi substituído pelo de provedor de Saúde dos Portos, que deveria, obrigatoriamente, ser ocupado por médico ou cirurgião. Aos provedores caberia, entre outras funções, visitar embarcações em quarentena, fornecer cartas de saúde, coordenar o saneamento dos portos.<sup>76</sup> Em relação ao Instituto Vacínico, o decreto n.464 de 17 de agosto de 1846 determinou que houvesse um comissário vacinador provincial em cada capital de província; um comissário vacinador municipal em cada município e um comissário vacinador paroquial em todas as povoações.<sup>77</sup> Na Corte haveria ainda uma Junta Vacínica presidida pelo inspetor geral. Assim como os provedores de Saúde, os cargos do Instituto Vacínico, com exceção dos comissários municipais e paroquiais, só poderiam ser exercidos por indivíduos portadores do diploma de médico ou cirurgião legalmente habilitado para curar. Na ausência de facultativo, os comissários municipais e paroquiais poderiam ser substituídos por indivíduos que demonstrassem capacidade necessária para a prestação dos serviços. Aquele que fosse nomeado para tais funções, além da remuneração, estaria imune ao alistamento na Guarda Nacional enquanto exercesse suas incumbências. O artigo trinta e dois do decreto estipulava que qualquer pessoa poderia aplicar o fluído vacínico nos lugares onde inexistissem vacinadores legalmente autorizados.<sup>78</sup> A brecha aberta por esse artigo constituía, sem dúvida, obstáculo às tentativas de monopolização

<sup>75</sup> LACOMBE, Lourenço Luis. *História administrativa do Brasil: organização e administração do Ministério do Império*. Coord. De Vicente Tapajós. Brasília: Fundação Centro de Formação do Servidor Público, 1984, pp.60-62.

<sup>76</sup> BRASIL. Decreto n. 268 de 29 de janeiro de 1843. Contém o regulamento das Inspeções de Saúde dos Portos. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1843*, vol. I, p.30, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-268-29-janeiro-1843-560754-publicacaooriginal-83915-pe.html> > Acessado em: sete de abril de 2015.

<sup>77</sup> Antes da criação do Instituto Vacínico com jurisdição nacional, havia uma Junta da Instituição Vacínica restrita ao âmbito da Corte.

<sup>78</sup> BRASIL. Decreto n. 464 de 17 de agosto de 1846. Manda executar o regulamento do Instituto Vacínico do Império. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1846*, vol. I, p.86, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-464-17-agosto-1846-560509-publicacaooriginal-83551-pe.html> > Acessado em: sete de abril de 2015.

das práticas de cura e à criminalização de terapeutas populares. Por outro lado, a incapacidade do poder imperial em estender sua hegemonia aos locais mais distantes e periféricos do país, aliada ao baixo número de médicos formados pelas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Salvador obrigavam os legisladores a criar mecanismos, mesmo que a contragosto, mas que fossem capazes de suprir essas carências. Isso significava recorrer aos métodos de cura heterodoxos, condenados e combatidos pela corporação médica acadêmica, grupo formado por indivíduos com uma identidade social bastante coesa, ainda que com limitada influência e autoridade nesse período. Identifica-se aí, portanto, um vínculo duplo onde é possível observar um equilíbrio mais estável de poder entre alopatas e terapeutas populares.<sup>79</sup>

As comissões de higiene pública e os provedores de saúde, representantes em nível local da Junta Central, tinham autonomia relativa. Suas recomendações não surtiavam efeito sem o aval dos presidentes de Província. Conflitos com as Câmaras Municipais, vacinadores, provedores e potentados locais eram constantes, fazendo com que muitas vezes as ações da Junta Central se restringissem ao âmbito da Corte. As comissões ficavam ainda mais fragilizadas pelo fato de muitas vezes não possuírem força policial para punir aqueles que infringiam o seu regulamento. A própria Junta não tinha autoridade institucional sobre os funcionários a ela subordinados.<sup>80</sup> Na tentativa de minimizar esses conflitos, o governo alterou, em 1857, o regulamento de 1851, centralizando algumas funções em torno do presidente da Junta e extinguindo as comissões de higiene pública. Em seu lugar foi instituído, em cada província, um inspetor de Saúde Pública, conforme o artigo nono do Decreto nº 2.052 de 12 de dezembro. Os provedores de Saúde Pública assumiram a mesma denominação dos inspetores.<sup>81</sup> O artigo quatorze das posturas municipais de Paranaguá promulgadas em 1877 ajuda a compreender o problema referente à jurisdição da Junta e permite entrever a possibilidade de uma relação não conflituosa entre seus funcionários e

---

<sup>79</sup> Sobre o conceito de *vínculo duplo* ver: ELIAS, Norbert; SCOTSON, Jhon. *Os estabelecidos e os outsiders*. Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000; ELIAS, Norbert. *Envolvimento e distanciamento. Estudos sobre sociologia do conhecimento*. Trad. Maria Luisa Cabaços Melo. Lisboa: Dom Quixote, 1997, pp.13-68; GUERRA MANZO, Enrique. La sociologia de conocimiento de Norbert Elias. *Sociológica*, vol. 27, n.77, septiembre-diciembre, 2012, pp.35-69; ELIAS, Norbert. *Introdução à Sociologia*. Trad. Maria Luisa Ribeiro Ferreira. Lisboa: Edições 70, 1980.

<sup>80</sup> DELAMARQUE, Elizabete Viana. *Junta Central de Higiene Pública: vigilância e política*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, 2011.

<sup>81</sup> BRASIL. Decreto n. 2.052 de 12 de dezembro de 1857. Aprova o regulamento desta data, pelo qual se alteram algumas disposições da Junta Central de Higiene Pública de 29 de setembro de 1851. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1857*, vol. I, p.492, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2052-12-dezembro-1857-558221-publicacaooriginal-79207-pe.html> > Acessado em: sete de abril de 2015.

demais instâncias do poder público, confirmando, portanto, a dinâmica e fluência dessas relações:

Toda e qualquer medida a bem da saúde pública que for determinada por deliberação da Câmara de combinação com o dr. Inspetor de saúde ou outro médico em épocas epidêmicas, deverão ser consideradas como lei e como tal observadas logo que for publicada por edital. O infrator de qualquer destas deliberações pagará a multa de 30\$000.<sup>82</sup>

A fonte revela um grau de autonomia a um poder local não condizente com o modelo organizacional proposto pelo regulamento de 1851 e suas alterações, além de contrariar o Decreto n.268 de janeiro de 1843 que tirou as inspeções sanitárias dos portos da responsabilidade das Câmaras Municipais e as transferiu para o governo central. Paradoxalmente, essa autonomia da municipalidade expressa pelas posturas municipais poderia estar relacionada ao fato de a própria saúde pública não ser considerada como parte estratégica do crescimento econômico, o que explicaria essa tolerância em relação ao relaxamento da legislação. Por outro lado, o artigo quatorze das posturas municipais de Paranaguá de 1877 revela a possibilidade de articulação entre as elites locais e o governo central, uma vez que a Inspetoria de Saúde dos Portos do Paraná estava subordinada à Junta e, portanto, ao Ministério do Império. Esse tipo de articulação foi necessário para evitar e superar os conflitos de jurisdição da Junta Central de Higiene Pública.

O regulamento de 1851 foi revogado pelo decreto n.8387 de 19 de janeiro de 1882. A sede da Junta continuaria a ser a Corte. Nas capitais das províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul haveria uma Junta de Higiene Pública e nos demais lugares um inspetor de Higiene Pública. Os municípios e paróquias poderiam dispor de comissões ou delegados das juntas e inspetores.<sup>83</sup> Em 1886 a Junta Central de Higiene foi dividida em duas repartições: Inspetoria Geral de Higiene e Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, ambas vinculadas ao Ministério do Império. À primeira caberia a fiscalização dos serviços internos em todo o território nacional. Eram de responsabilidade da segunda os serviços ligados às relações exteriores, isto é, polícia sanitária do litoral; ancoradouros e navios; superintendência dos lazaretos; hospitais marítimos e aplicações de quarentenas. A

<sup>82</sup> PARANÁ. Decreto n.488 de 13 de abril de 1877. *Posturas da Câmara Municipal de Paranaguá. Coleções das Leis, Decretos, Regulamentos e Deliberações do Governo da Província do Paraná*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. M. Lopes, 1877, p.26.

<sup>83</sup> BRASIL. Decreto n. 8.387 de 19 de janeiro de 1882. Manda observar o regulamento para o serviço da saúde pública. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1882*, vol. I, p.97, (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-8387-19-janeiro-1882-544934-publicacaooriginal-56615-pe.html>> Acessado em: sete de abril de 2015.

próxima seção discutirá alguns aspectos da relação entre essa controversa medida sanitária adotada internacionalmente e as teorias contagionistas e miasmática.

*Quarentenas e a oposição contágio x miasmas.*

Em relatório referente ao ano de 1850 o ministro do Império José da Costa Carvalho defendia a criação de lazaretos para melhorar os serviços de quarentena praticados pelas inspetorias de saúde dos portos do Império. Na Corte já existia um espaço destinado a esse fim na localidade de Jurujuba. O governo central aguardava informações das províncias para autorizar a construção de lazaretos nas demais regiões. Pensava o então ministro que esses espaços seriam uma medida bastante eficaz para o melhoramento do estado sanitário do país, pois impediria a introdução de moléstias contagiosas como a febre amarela.<sup>84</sup> Na prática a situação foi completamente oposta, pois tanto a febre amarela como o cólera despontaram epidemicamente em diferentes regiões do Império, inclusive no Paraná, como teremos oportunidade de ver no terceiro capítulo. O otimismo de Carvalho não foi suficiente para impedir o governo central de criar uma Comissão Permanente composta pelos principais médicos da Corte. Entre as medidas propostas pela comissão estava a criação de um regulamento sanitário para os portos alfandegados do Império e a fundação permanente de um hospital marítimo, criado por decreto em 3 de janeiro de 1853 com o nome de Santa Isabel (estabelecido no antigo lazareto da Jurujuba). O então ministro, Francisco Gonçalves Martins, relatou a necessidade de estabelecer uma gratificação aos provedores de saúde dos portos do Império “que de algum modo compense seus penosos trabalhos”. Conforme Martins, os provedores contavam apenas com os parcos emolumentos das Cartas de Saúde.<sup>85</sup> Os vencimentos dos empregados das inspetorias de saúde dos portos seriam definidos somente em 1859 com a publicação do decreto n. 2.409 de 27 de abril. Esse decreto ainda conferiu novo regulamento à Inspeção de Saúde dos Portos. No Rio de Janeiro os serviços sanitários dos portos ficaram a cargo do inspetor de saúde do porto, dois ajudantes, um secretário e quatro guardas. No Paraná a Inspetoria de Saúde dos Portos passou a dispor de um inspetor e dois guardas. Os inspetores deveriam prestar contas ao Ministério do Império e ao presidente de Província. Cabia aos inspetores, entre outras funções, propor medidas sanitárias do mar;

<sup>84</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1850 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da oitava legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado José da Costa Carvalho*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1851, p.32.

<sup>85</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1852 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da nona legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado Francisco Gonçalves Martins*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1851, pp.19-20.

visitar as embarcações declaradas em observação; inspecionar os lazaretos; assinar as cartas de saúde.<sup>86</sup> Em essência, cabia às inspetorias de saúde dos portos do Império os serviços de desinfecção, quarentenas e visitas sanitárias.

Pensadas como principal programa de ação do modelo de explicação etiológica contagionista, as quarentenas constituíram sério problema de ordem política e econômica ao longo do século XIX. No decorrer do oitocentos, a teoria miasmática, isto é, perspectiva segundo a qual as epidemias seriam resultantes tanto de fatores ambientais (atmosféricos, climáticos e telúricos) como de circunstâncias locais (habitações precárias, ausência de saneamento básico), deixou de ser unânime nos projetos de intervenção e reforma da saúde pública. Conforme a teoria miasmática, as doenças seriam transmitidas mediante os miasmas, entidades etéreas que se desprendiam da matéria orgânica em decomposição. Muitos *homens de ciência* daquele período expressavam ainda sua crença no que se convencionou chamar de *teoria dos germes*. Subjacente a essa concepção estava a ideia de infecção e contágio por microrganismos. Ambas as teorias estiveram no centro dos principais debates e conflitos gerados em torno das medidas a serem adotadas para a prevenção de epidemias. Em linhas bastante gerais tais controvérsias e embates traduziam-se nas posições anticontagionistas e contagionistas. A primeira delas sustentava medidas com base na teoria miasmática, ou seja, por intermédio de reformas sociais e ambientais, desprezando, portanto, os postulados da teoria dos germes. Posteriormente, os fundamentos médico-científicos desse programa ecológico seriam superados, mas sua influência foi ampla o suficiente para embasar as primeiras iniciativas de saneamento público. Por outro lado, os adeptos da posição contagionista atribuíam aos microrganismos a causa pela propagação de doenças entre seres humanos. Essa perspectiva só seria corroborada no final do século XIX com o advento da bacteriologia, até então seus pressupostos científicos tinham contornos indefinidos e em virtude disso seus programas de ação se pautavam no isolamento de indivíduos, quarentenas, regulação de costumes e hábitos cotidianos.<sup>87</sup> Em estudo bastante sofisticado, Erwin H. Ackerknecht demonstra os elos substanciais mantidos entre essas teorias médicas e ideologias políticas, explicitando como, no século XIX, a discussão do contágio rompeu as fronteiras do círculo científico e assumiu contornos ideológicos externos à ciência, gravitando em torno de

---

<sup>86</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1858 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da décima legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado Sérgio Teixeira de Macedo*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1859, anexo H.

<sup>87</sup> HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2012, pp.54-57; ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira e José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994, pp.203-212.

questões relacionadas a bens públicos e soberania individual. O contagionismo para seus influentes adversários era sinônimo de atraso, vinculado a normas sanitárias que emanavam dos Estados absolutistas, consideradas, assim, autoritárias, irracionais e desconexas, uma vez que ameaçavam o livre-comércio. Por sua vez, o anticontagionismo estava associado ao liberalismo político-econômico e a propostas de reformas ambientais. Ackerknecht analisa o processo pelo qual os surtos epidêmicos levaram a iniciativas conjuntas de cunho preventivo de nações, no interior das quais as teorias contagionistas e anticontagionistas tiveram impacto significativo na regulamentação das condições sanitárias promulgadas, sobretudo, pelas conferências internacionais.<sup>88</sup>

Entre 1851 e 1938 realizaram-se quatorze conferências internacionais em diferentes países. Inicialmente elas se caracterizaram pela tentativa de encontrar um método de suspender ou, no limite, padronizar as medidas quarentenárias sem afetar a saúde da população. Em sintonia com essas medidas, o governo brasileiro alterou o decreto n. 2.409 de 27 de abril de 1859 mediante o decreto n. 2.744 de 23 de janeiro de 1860 que objetivava encurtar os prazos de incomunicabilidade das embarcações, reduzindo dessa forma os prejuízos para o comércio.<sup>89</sup> No ano seguinte, isto é, em 1861, o governo alterou novamente o sistema de polícia sanitária dos portos por meio do decreto n. 2.734 de 23 de janeiro que substituiu as quarentenas pelas desinfecções dos navios, dos passageiros e das cargas.<sup>90</sup> Até o ano de 1862 esse decreto não havia sido aprovado pelo poder Legislativo e, ao que tudo indica, não teve efeito prático, pois as quarentenas foram adotadas no Paraná nas décadas seguintes durante o enfrentamento da febre amarela e cólera. Essas medidas de isolamento causavam sérios prejuízos ao comércio naval e tinham efeito limitado na prevenção de surtos epidêmicos. Talvez muitos médicos e autoridades sanitárias e políticas daquela época tivessem consciência disso, mas, diante do desconhecimento dos mecanismos de transmissão de doenças como febre amarela e da pressão popular por respostas rápidas e generalizadas, a quarentena acabava sendo colocada em prática para demonstrar o comprometimento desses médicos e autoridades e agilidade por parte das instituições sanitárias.

Na próxima seção veremos como as conferências sanitárias internacionais realizadas na América Latina, os acordos sanitários estabelecidos entre Brasil, Argentina e Uruguai e a

<sup>88</sup> ACKERKNECHT, Erwin H. "Anticontagionism between 1821 and 1867". *The Bulletin of the History of Medicine*, v.22, 1948, pg.562-593.

<sup>89</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1860 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima primeira legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado José Antonio Saraiva*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1861, p.14.

<sup>90</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1861 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na segunda sessão da décima primeira legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado José Antonio Saraiva*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1862. VER PÁGINA

construção e manutenção de hospitais marítimos e lazaretos em Buenos Aires e Rio de Janeiro foram importantes para a constituição de um modelo organizacional de saúde dos portos.

*Acordos sanitários internacionais e o lazareto da Ilha de Martin Garcia.*

O crescimento do comércio internacional, do tráfego marítimo e da imigração no final do século XIX transformou os portos da América do Sul nos principais alvos das medidas sanitárias adotadas por governos locais. Marcos Cueto aponta que esse processo colocou não apenas a reformulação do comércio, como também a reorganização da saúde dos portos no centro dos projetos de modernização e centralização da vida política dos países latino americanos:

Os problemas dos portos incluíam não apenas as condições sanitárias dos armazéns, mas também as condições de vida precárias dos marinheiros, portuários e pescadores. Os marinheiros e pescadores viviam em condições difíceis, seu trabalho era irregular e, fora da estação, eles precisavam encontrar outras fontes de renda. Os estivadores tinham que carregar cargas perigosas, como o carvão, que emitia gases asfixiantes, o petróleo, que podia deflagrar incêndios, fertilizantes como o guano, que prejudicavam a pele, e produtos agrícolas, que se deterioravam rapidamente. Havia também a ideia estereotipada de que, quando as tripulações passavam alguns dias num porto latino-americano, voltavam para o navio com alguma doença venérea.<sup>91</sup>

Paranaguá constituía um porto de escala, principal elo de ligação da província paranaense com as demais regiões do país e do mundo e espinha dorsal do comércio da região. Os principais produtos exportados ao longo da segunda metade do século XIX foram a madeira e a erva-mate, cujo destino principal eram a República do Prata e o Chile. A navegação de cabotagem realizava-se por escalas em vapores de companhias brasileiras e alguns navios a vela de pequena tonelagem, pertencentes a negociantes da Praça de Paranaguá e de outras cidades e que promoviam o comércio entre Paranaguá e Rio de Janeiro.<sup>92</sup> No decorrer dos anos 1868 e 1869, os navios estrangeiros que entraram no porto de Paranaguá provinham em sua maioria das cidades do Rio de Janeiro e Montevidéu. Em relação às embarcações saídas de Paranaguá no mesmo período, grande parte teve como destino final Montevidéu, Buenos Aires e Chile.<sup>93</sup> No ano de 1877 entraram duzentas e oito embarcações

<sup>91</sup> CUETO, Marcos. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p.43.

<sup>92</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO B2 SÉRIE MARINHA XM1114. Relatório encaminhado em dez de outubro de 1881 pelo capitão do Porto de Paranaguá, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, ao Ministro da Marinha, José Rodrigues de Lima Duarte. Rio de Janeiro, 1881.

<sup>93</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 328 volume 5. Seção da Contadoria da Tesouraria da Fazenda da Província do Paraná. Quadro demonstrativo dos navios estrangeiros entrados e saídos no porto de

vindas de portos nacionais, e cento e vinte e seis de portos estrangeiros. Nesse mesmo ano, saíram cento e quarenta e duas embarcações para portos nacionais, e cento e oitenta e sete para portos estrangeiros. O número de navios com destino a portos do exterior era superior aos que entravam. Contudo, não é possível saber a nacionalidade das tripulações e o número de passageiros e tripulantes. Naquela época existiam em Paranaguá aproximadamente cinquenta e oito embarcações tripuladas por cento e trinta e dois marinheiros, a maioria delas matriculada na Capitania dos Portos. Apenas duas eram vapores e pertenciam a uma empresa particular denominada *Companhia Progressista*, que oferecia viagens diárias aos portos de Barreiros (Santa Catarina) e Antonina.<sup>94</sup>

De acordo com Cecília Maria Westphalen as embarcações que ligavam o porto de Paranaguá aos demais portos do Império, por meio da navegação de cabotagem, eram provenientes, em sua maioria, das províncias do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Rio de Janeiro. Entre os anos de 1801 a 1878, 5.525 embarcações realizaram a navegação de cabotagem no porto de Paranaguá. Desse total, 2.696 tinham como procedência e destino o Rio de Janeiro, e 1.730, a província de Santa Catarina.<sup>95</sup> As relações comerciais entre Paranaguá, Montevideu e Buenos Aires datam do início da década de 1810, mas só se tornaram constantes com a exportação regular de erva-mate a partir da década de 1820. Entre os anos de 1825 a 1878, 3.942 embarcações que realizavam navegação de longo curso aportaram em Paranaguá. Dessas, 3.262 tinham como procedência e destino o Rio da Prata, e 285, o Chile.<sup>96</sup> A nacionalidade das embarcações que praticavam a navegação de longo curso entre os anos de 1826 a 1884 é majoritariamente brasileira, com um total de seiscentos e quarenta e sete navios, seguido por Espanha e Alemanha, com cento e quarenta e um e cento e vinte e sete navios respectivamente.<sup>97</sup>

Paranaguá mantinha fluxo marítimo constante com o Rio de Janeiro, cidade onde a febre amarela era endêmica. O fluxo contínuo com a Corte Imperial e a entrada de pessoas originárias de outros países, não habituadas ao clima brasileiro e que muitas vezes chegavam aqui atacadas por alguma moléstia pestilencial, despertava a preocupação das autoridades sanitárias de Paranaguá, sobretudo em uma época em que a febre amarela representava grande

---

Paranaguá, Província do Paraná, no exercício de 1868 a 1869, e primeiro semestre do exercício de 1869 a 1870. Curitiba, 1870.

<sup>94</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO B2 SÉRIE MARINHA XM1114. Relatório encaminhado em dois de janeiro de 1878 pelo capitão do Porto de Paranaguá, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, ao presidente da Província do Paraná. Rio de Janeiro, 1878.

<sup>95</sup> WESTPHALEN, Cecília Maria. *Porto de Paranaguá, um sedutor*. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1998, p.35.

<sup>96</sup> Ibidem, p.38.

<sup>97</sup> Ibidem, p.40.



ameaça à vida. Essa doença foi o principal motivo da criação do primeiro congresso sanitário internacional da América Latina em 1873 na cidade de Montevideu. Inicialmente as conferências se traduziram na tentativa de encontrar um método de suspender ou, no limite, padronizar as medidas quarentenárias sem afetar a saúde da população. No intervalo compreendido entre 1851 e 1938 foram realizadas quatorze conferências internacionais em diferentes países. A América Latina organizou três. O primeiro deles ocorreu em 1873 na cidade de Montevideu e contou com a participação do império brasileiro e da República Argentina. Em 1887 a sede escolhida foi o Rio de Janeiro. Por fim, o terceiro congresso veio à luz em 1888 no Peru, além deste, constituíram países integrantes a Bolívia, Chile e Equador. Consideradas os primórdios da Organização Pan-Americana de Saúde, essas conferências se caracterizaram por realçar a fragilidade da saúde internacional e denotar a formação de uma dependência recíproca interestatal na região, pois a necessidade de controlar os surtos epidêmicos àquela época configurou-se em uma das principais medidas estratégicas para salvaguardar os projetos políticos e econômicos das nações latino-americanas. Afinados com as discussões promovidas nos congressos europeus e norte-americanos, os congressos da América do Sul problematizaram a uniformização das quarentenas e o saneamento marítimo.<sup>98</sup>

Em virtude da aproximação geográfica, que facilitava a propagação de doenças epidêmicas e após o controle de surtos de febre amarela em 1871, a Argentina propôs, dois anos depois, um acordo sanitário com a República do Uruguai. Além da padronização dos procedimentos quarentenários o objetivo das duas repúblicas foi a criação de um lazareto internacional. Inicialmente desprezado em função das consequências da Guerra do Paraguai (1864-1870) e dos inúmeros surtos de febre amarela, sobretudo, nas cidades de sua costa litorânea, o Brasil acabou participando dos acordos em razão da influência exercida sobre o Uruguai mediante tratados de comércio, navegação e limites. Das medidas discutidas e adotadas durante o congresso a quarentena foi o ponto que gerou maior número de polêmicas, controvérsias e conflitos. Apesar da tomada de consciência por parte dos países envolvidos em relação à necessidade de tratar as doenças epidêmicas de maneira coletiva e articulada, as discussões acabaram em discórdia entre diplomatas preocupados em resolver problemas inerentes à economia e médicos que, por sua vez, debruçavam-se sobre as questões relacionadas ao âmbito da higiene pública. Outra ordem de fatores que dificultava a obtenção de consenso dizia respeito aos posicionamentos médico-científicos das autoridades sanitárias

---

<sup>98</sup> CHAVES, Cleide de Lima. Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, pp.411-412.

dos três países. Argentinos e uruguaios colocavam-se a favor da teoria contagionista. Por seu turno, os brasileiros propugnavam a teoria miasmática. Subjacente a essas questões, havia ainda uma disputa velada entre o império brasileiro e a República da Argentina em manter uma imagem positiva de seus países, isto é, livres da ameaça da febre amarela, com o intuito de garantir a entrada do maior número possível de imigrantes europeus em seus portos. Diante dessa série de entraves o congresso acabou sem a ratificação de um acordo.<sup>99</sup>

Um acordo entre o império brasileiro e as repúblicas platinas seria estabelecido somente no congresso de 1887 realizado na cidade do Rio de Janeiro onde a comissão técnica constituiu-se de forma independente em relação aos diplomatas. Fruto dessa convenção sanitária foi o decreto n. 10.319 de 22 de agosto de 1889 que estipulava o regulamento sanitário internacional estabelecido entre o Brasil, a República Argentina e a República Oriental do Uruguai. O decreto, baixado pelo ministro e secretário de Estado dos Negócios Estrangeiros, José Francisco Diana, regulamentava as cartas de saúde e visitas sanitárias a bordo de embarcações; dispunha a respeito da organização do corpo de inspetores sanitários de navios; determinava a adoção de quarentena de observação, que consistia nas visitas sanitárias de bordo e das quarentenas de rigor, aplicada às embarcações infectadas com prazo variável conforme o período de incubação das principais moléstias pestilenciais, isto é, dez dias para febre amarela, oito para cólera-morbus e vinte para a peste oriental. No Brasil, antes do conhecimento dos períodos de incubação, as quarentenas duravam em média seis a oito dias. Em relação aos lazaretos o decreto estipulou, entre outras medidas, que os fixos (situados em terra) receberiam passageiros que não apresentassem nenhum sintoma de moléstia pestilencial, mas ficariam obrigados a purgar quarentena de rigor. Por sua vez, os lazaretos flutuantes seriam destinados a pessoas suspeitas de portar alguma moléstia pestilencial ou ter mantido contato com indivíduos já acometidos por elas. Os lazaretos fixos e flutuantes teriam que dispor também de hospitais anexos para doenças comuns e de isolamento, neste caso, reservado aos doentes de enfermidade contagiosa não pestilencial. No caso dos lazaretos flutuantes, haveria ainda um hospital destinado aos enfermos acometidos por moléstia pestilencial oriundos dos lazaretos fixos, flutuantes e dos navios infectados. Todos esses estabelecimentos sanitários seriam dotados de estufas de desinfecção. Bagagens, roupas e demais objetos passariam por expurgos sem qualquer discriminação.<sup>100</sup>

---

<sup>99</sup> Ibidem, pp.414-417.

<sup>100</sup> BRASIL. Decreto n. 10.319 de 22 de agosto de 1889. Manda executar o Regulamento Sanitário Internacional para a execução da Convenção sanitária celebrada entre o Brasil, a República Argentina e a República Oriental do Uruguai. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1889*, vol. II, parte II, p.175, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-10319-22-agosto-1889-542669-publicacaooriginal-51896-pe.html> > Acessado em: dezenove de julho de 2015.

À época do primeiro congresso sul-americano existiam na Argentina lazaretos fixos (situados em terra e destinados a tripulantes e passageiros que durante a viagem estabeleceram contato com indivíduos enfermos) e flutuantes, também conhecidos como barcos hospitalares e destinados àquelas pessoas comprovadamente infectadas com alguma moléstia pestilencial. Esses indivíduos eram isolados e proibidos de manter contato com a população local. Em 1869, após uma epidemia de cólera em Buenos Aires, um Conselho de Higiene foi fundado e a Junta de Saneamento Nacional, cujo presidente era o capitão do porto, assessorado por dois médicos, passou por processo de reorganização. Nesse mesmo ano o presidente e o secretário do Conselho de Higiene formularam um projeto para regulamentar a polícia sanitária marítima da Argentina. O artigo IV do regulamento dispunha sobre as quarentenas, classificadas em dois tipos: observação e rigorosa. Todo navio com enfermo a bordo, casos de falecimento durante a viagem, carga deteriorada ou com documentação suspeita deveria ser encaminhado para observação, com duração de três dias. A quarentena rigorosa, por sua vez, durava quinze dias para pessoas, vinte dias para o navio e trinta dias para a mercadoria. Todavia, a influência do regulamento foi limitada. Poucas juntas de saneamento foram criadas. A maioria das disposições adquiriu caráter puramente teórico. Além disso, não havia pessoas treinadas suficientes para exercer as medidas propostas. Ao que tudo indica um problema muito recorrente no Brasil, isto é, a carência de médicos, também afligia a população de Buenos Aires.<sup>101</sup>

A epidemia de febre amarela que grassou tanto no Brasil como em Buenos Aires em 1870 convenceu as autoridades sanitárias e políticas de Buenos Aires a construir um lazareto na Ilha de Martín Garcia, considerada um local próximo da capital, seco, arejado e saneado. Lá poderiam atracar navios de até 700 toneladas ou dez pés de calado. O projeto, no entanto, não foi levado adiante em virtude da urgência que a epidemia demandava. A localidade denominada Enseada, atual região metropolitana de Buenos Aires, acabou por ser escolhida para a instalação do hospital marítimo. As instalações precárias e as curtas durações das quarentenas contribuíram, segundo Adriana Alvarez, para o recrudescimento da epidemia de febre amarela, uma vez que não se conhecia o período de incubação da doença. Após o surto, os doutores Pedro Mallo e Eduardo Wilde, membros da Junta de Saúde do porto de Buenos Aires, recomendaram a adoção de um lazareto internacional, medida que acabou influenciando no

---

<sup>101</sup> ALVAREZ, Adriana. El rol de los lazaretos en el control de el cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires 1870-1915. *História Revista*, Goiás, v.9 n.2, jul.-dez. 2004, pp. 288-291.

convênio estabelecido em 30 de julho de 1873 entre a República Argentina e a Banda Oriental.<sup>102</sup>

Apesar de o Congresso de 1873 não ter resultado em acordos concretos, obrigou os países integrantes (Brasil, Argentina e Uruguai) a construir lazaretos em seus principais portos. No Paraná, a despeito das condições precárias, o porto de Paranaguá dispunha daquele situado na Ilha das Cobras. Os de Buenos Aires, até o final da década de 1870, estavam longe de ser um espaço de cura por excelência. Eles não forneciam assistência hospitalar, no limite, estabeleciam separação entre indivíduos enfermos e sãos no intuito de evitar o contágio. A partir de 1878 ocorreriam transformações nos conceitos de isolamento que influenciariam nas modificações e melhorias dos lazaretos. Um regulamento de polícia foi aprovado. Cada lazareto flutuante disporia de uma autoridade militar. Fixaram-se ainda normas referentes a asseio e higiene, bem como, tarifas fixas para os quarentenários. Em 1880 foi fundado o Departamento Nacional de Higiene em substituição ao antigo Conselho de Higiene de Buenos Aires. O Departamento tinha a prerrogativa de regulamentar e organizar o corpo médico do exército e da armada; projetar medidas sanitárias para os portos; manter a higiene no exército e na armada; fiscalizar o exercício da medicina e inspecionar os serviços de vacinação e as boticas. Dois anos depois a direção sanitária dos portos da República Argentina ficou a cargo do Departamento Nacional de Higiene e em 1884 a construção do lazareto da Ilha de Martín Garcia foi aprovada.<sup>103</sup>

Inicialmente o lazareto dispunha da seguinte infraestrutura: um pavilhão para aproximadamente sessenta enfermos; um alojamento para empregados; uma casa reservada para enfermos infecciosos (varíola); um observatório para enfermidades comuns e dois fornos para cremação. Posteriormente foram construídos três pavilhões de madeira com quatro dependências adjacentes. Foram construídas também habitações para enfermeiros, assistentes, além de cozinha, farmácia e latrinas. Seus serviços estavam divididos em técnico sanitário e administrativo. O *staff* técnico sanitário contava com um médico chefe além de um médico interno, um farmacêutico, seis enfermeiros, seis assistentes, um chefe de desinfecção, dois desinfetadores, dois cremadores, guardas e alguns médicos que acompanhavam os indivíduos em quarentena. O serviço dispunha ainda de cinco estufas de desinfecção Geneste y Hersher; vinte tanques para lavagem de roupas e banhos; seções para autópsia e cremações e hospital para afecções comuns. Este hospital estava a cargo do médico interno do lazareto e contava com um enfermeiro e vinte camas. O departamento administrativo estava a cargo de um

---

<sup>102</sup> Ibidem, pp.291-293.

<sup>103</sup> Ibidem, pp.293-295.

intendente e tinha à sua disposição diversos funcionários. Existiam três cozinheiros. Um específico para os passageiros de primeira classe e outros dois para as demais classes.<sup>104</sup>

Em 1888 foram estabelecidos horários específicos para a higiene dos internos e a formação de uma equipe policial para vigilância e manutenção da ordem. O lazareto dispôs seus pavilhões de acordo com o tipo de doença. Havia um pavilhão para coléricos, um para variolosos e assim por diante. Na década de 1890 o lazareto da Ilha de Martín García foi transformado em lazareto de observação. O lazareto flutuante Rodolfo del Viso, por sua vez, tornou-se um lazareto para quarentenas rigorosas. No lazareto fixo as bagagens dos passageiros eram desinfetadas por meio de estufas (Geneste y Hersher). Os navios que para lá eram encaminhados contavam com um guarda sanitário responsável pela fiscalização. Constatado algum enfermo a bordo o navio seria imediatamente encaminhado à observação rigorosa. Caso contrário, procedia-se a desinfecção e os tripulantes e passageiros permaneciam isolados até o período de observação. Os gastos corriam por conta das companhias marítimas.<sup>105</sup>

Os lazaretos da cidade de Buenos Aires sofreram profundas reformulações em suas estruturas administrativas, organizacionais e funcionais a partir de 1884, quando a direção sanitária dos portos foi transferida para o Departamento Nacional de Higiene. Os serviços passaram a ser divididos em sanitários e administrativos; amplos pavilhões com alas separadas de acordo com o tipo e gravidade da doença foram construídos, assim como fornos de cremação, salas de autópsia, observação e estufas para desinfecção; a fiscalização e vigilância dos internos foram reforçadas. Todas essas melhorias e o rigor com o qual foram adotadas revelam a importância que os problemas sanitários e de saúde pública passaram a assumir na agenda política dos países latino-americanos. A par disso, a próxima seção discutirá como as transformações nos conceitos de isolamento modificaram e melhoraram o lazareto da cidade do Rio de Janeiro. Esse percurso é importante, pois iluminará muitos aspectos da história do lazareto da Ilha das Cobras no Paraná.

### *Hospital Marítimo de Santa Isabel.*

A Inspeção de Saúde do porto desta cidade ressen-te-se da falta de um lazareto, sem o qual são inteiramente infrutuosas as disposições do respectivo regulamento. E, sobretudo, quando chegam embarcações, em que há enfermos, que se reconhece a inutilidade da quarentena, e a insuficiência de todas as medidas tendentes a prevenir a introdução do contágio. A faculdade de ir um médico a bordo para tratar dos doentes, além de não estar consignada no regulamento, pode de alguma vez ser bem

<sup>104</sup> Ibidem, pp.297-301.

<sup>105</sup> Ibidem, pp.297-299.

funesta, visto que nenhum médico se sujeitaria a ficar ali retido enquanto durasse a quarentena, entretanto que voltando para a terra pode nela importar o contágio; e por outro lado, fora tão grande desumanidade negar os socorros médicos em tais ocasiões, que o governo não se anima a fazê-lo. O único meio de evitar tão grandes inconvenientes é por (*sic*) sem dúvida o do estabelecimento de um lazareto.<sup>106</sup>

As observações e recomendações citadas acima foram retiradas do relatório referente ao ano de 1846 do ministro e secretário de Estado dos Negócios do Império, Joaquim Marcellino de Brito. Além de ressaltar sua crença no contagionismo o ministro faz referência a uma instituição crucial para a higiene pública e o saneamento marítimo do império brasileiro, isto é, a Inspeção de Saúde dos portos. O decreto n. 268 de 29 de janeiro de 1843, contendo o regulamento desse órgão não faz nenhuma referência a lazaretos. Por outro lado, estabelece uma série de normas referentes às quarentenas que, àquela época, duravam em média seis dias, pois ainda não se levava em consideração os períodos de incubação das diferentes moléstias pestilenciais. As cartas de saúde também são mencionadas assim como a substituição do antigo cargo de Professor de Saúde pelo de Provedor de Saúde.<sup>107</sup> As atribuições dos inspetores de saúde dos portos foram regulamentadas em 1859 pelo decreto n. 2.409 de 27 de abril. Este decreto, ao contrário do publicado em 1843, fazia menção a lazaretos de observação e hospitais marítimos.

O primeiro lazareto provisório do Rio de Janeiro foi fundado em Jurujuba (enseada onde atualmente se localiza o bairro de mesmo nome em Niterói) em 1850, justamente quando um surto de febre amarela dizimava a população daquela cidade. Essa epidemia também acabou pressionando os deputados da Assembleia Geral Legislativa a criar a Junta de Higiene Pública. O ministro do Império, Visconde de Monte Alegre suspeitava que os lazaretos provisórios criados no Maranhão e no Ceará fossem os responsáveis por evitar a propagação daquele mal na região, reforçando ainda mais o argumento a respeito da urgência da instauração de um lazareto na capital do império.<sup>108</sup> Uma comissão de saúde permanente foi criada na cidade do Rio de Janeiro, cuja principal iniciativa acabou sendo a proposta de

<sup>106</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos Negócios do Império referente ao ano de 1846 apresentado á Assembleia Geral Legislativa na quarta sessão ordinária da sexta legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado Joaquim Marcellino de Brito*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1847, pp.53-54. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio> > Acessado em: 17 de junho de 2015.

<sup>107</sup> BRASIL. Decreto n. 268 de 29 de janeiro de 1843. Contém o regulamento das Inspeções de Saúde dos Portos. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1843*, vol. I parte II, p.30, (publicação original). Disponível em:< <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-268-29-janeiro-1843-560754-publicacaooriginal-83915-pe.html> > Acessado em: dezanove de julho de 2015.

<sup>108</sup> BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1850 apresentado á Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da oitava legislatura pelo ministro e secretário de Estado dos Negócios do Império Visconde de Monte Alegre*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1851, pp.32-33. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio> > Acessado em: 17 de junho de 2015.

fundação de um hospital marítimo. Criado por decreto em três de janeiro de 1853, o hospital recebeu o nome de Santa Isabel e foi construído no local onde antes estava situado o antigo lazareto da Jurujuba. É possível ter uma ideia do estado precário e rudimentar daquele lazareto mediante a observação do ministro Francisco Gonçalves Martins segundo a qual os marinheiros temiam a Jurujuba, pois sabiam que lá encontrariam a morte.<sup>109</sup> O antigo edifício onde antes funcionava o lazareto provisório foi mantido. Havia também um armazém sem forros e assoalhos, utilizado como depósito de doentes durante crises epidêmicas e que acabou dando lugar a novo edifício. Uma comissão especial foi criada para dirigir o hospital marítimo. Logo após sua instauração uma enfermaria foi construída na ala direita do novo edifício (antigo armazém) com capacidade para até vinte e oito enfermos. Em 1854 foi construída a ala esquerda. O vestíbulo e o sobrado que ocupavam o centro do novo edifício foram convertidos em enfermaria. O antigo prédio (lazareto provisório) comportava até 36 enfermos, por sua vez, o novo poderia acomodar até 76 pessoas. O sobrado, reservado a oficiais, tinha capacidade para 24 doentes. O hospital marítimo totalizava, portanto, 136 leitos, dispondo ainda de escritório, despensa, rouparia, cozinha e farmácia. Não havia moradia para os empregados, dentre os quais, dezoito africanos livres.<sup>110</sup>

A partir do relatório referente ao ano de 1856, elaborado pelo médico Bento Maria Costa é possível perceber que àquela época o hospital marítimo de Santa Isabel podia atender até cento e setenta pacientes. Segundo Bento Maria Costa, Santa Isabel dispunha de um único farmacêutico, dificultando dessa forma o atendimento da demanda em períodos de maior movimento. A preparação de muitos medicamentos requeria tempo demasiado, tornando-se inviável a tarefa sem o auxílio de ao menos um ajudante. Nesse ano o hospital recebeu 2.452 enfermos, totalizando 157 óbitos, dos quais 103 em decorrência da febre amarela. Do total de enfermos tratados, 664 deram entrada em virtude dessa mesma moléstia. A maioria dos doentes provinha dos seguintes países: Portugal, Inglaterra, China, Dinamarca, França, Suécia e Brasil. Com o intuito de ampliar a capacidade do hospital e melhorar a qualidade de seus serviços, Bento Maria Costa propôs a construção de nova cozinha; cais e ponto para atracação

<sup>109</sup> BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1852 apresentado á Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da nona legislatura pelo ministro e secretário de Estado dos Negócios do Império Francisco Gonçalves Martins*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1853, pp.19-20. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 17 de junho de 2015.

<sup>110</sup> COSTA, Bento Maria da. Relatório acerca das medidas mais importantes a tomar-se, obras de maior urgência e trabalhos que foram executados pelo Hospital Marítimo de Santa Isabel no ano de 1856 apresentado à Comissão Sanitária do porto pelo dr. Bento Maria da Costa. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1856 apresentado á Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima legislatura pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império Luiz Pedreira do Couto Ferraz*. Rio de Janeiro: Tipografia Universal de Laemmert, 1857, Anexo H, pp.37-42. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

de vapores; sala para banhos; calefação de assoalhos; cemitérios; horto farmacêutico; latrinas; sala mortuária; muro em torno ao pátio para evitar fugas; além de encanamento de água (a coleta era realizada por dois serventes com custo anual de 720\$000 réis) e a ampliação dos edifícios, da farmácia, dispensa e rouparia. Bento Maria Costa chegou a elaborar uma planta de forma a idealizar o novo hospital. Pela planta podemos observar que na parte inferior do principal edifício haveria várias enfermarias e quartos, quatro vestíbulos, duas salas de banho, cozinha, dispensa, habitação dos serventes, botica, laboratório farmacêutico, sala dos moribundos, sala de autópsia, um pátio central e dois internos, além de dois jardins. A parte superior abrigaria três pátios, uma capela, uma sala de operações, duas salas para os pilotos, dois quartos para consulta, salas e/ou quartos dos empregados, além de vários outros quartos. No entanto, as pretensões de Bento Maria Costa acabaram frustradas. Das obras solicitadas somente o cais para atracação do vapor foi realizada. Por sua vez, as despesas referentes ao ano 1856 somaram 56:956\$433 contos de réis e consistiram nos seguintes serviços e produtos: aluguel de uma casa; botes para conduzir cadáveres; carne verde; charutos; colchões e travesseiros; camas de ferro; despesas diárias a dinheiro; aluguel de serventes; confecção de roupas; galinhas e ovos; lavagem de roupas de doentes; louça; lenha; farmácia; pão; pano para curativo; roupa para doentes; roupa para africanos livres; secos e molhados e sanguessugas.<sup>111</sup> Essas despesas revelam uma realidade radicalmente oposta àquela idealizada por Bento Maria Costa em seus planos e projetos.

Com o recrudescimento da imigração o hospital marítimo passou a enfrentar dificuldades em relação ao número de leitos e às despesas com os internamentos dos colonos. Bento Maria Costa consultou a comissão de saúde sobre a possibilidade de comprar mais camas de ferro e roupas de cama, bem como, abrir as enfermarias localizadas nas regiões de Charita e Ilha do Caju. Ele queria saber também por conta de quem correriam as despesas com os colonos. O governo decidiu que todos os colonos ligados a empresas de imigração particulares deveriam ser tratados nos hospitais públicos a expensas da própria empresa. A comissão por sua vez orientou ao médico que recebesse os imigrantes e caso necessário contratasse mais pessoas à custa do próprio hospital. No entanto, a comissão enfatizou que as despesas com os imigrantes seriam pagas pelas companhias responsáveis pelo serviço

---

<sup>111</sup> Ibidem, Anexo H, pp.19-21. O uso de sanguessugas como terapêutica está vinculado à concepção de medicina fisiológica de François Broussais (1772-1838) segundo a qual a causa das enfermidades estaria relacionada à inflamação das cavidades aéreas e do aparelho digestivo. A terapêutica consistia principalmente na adoção de sangrias. De acordo com Foucault, ao refutar o vitalismo de Pinel e Bichat, Broussais propôs que a doença fosse produto do movimento de tecidos, causado por estímulos irritantes. Ao formular esse princípio, inevitavelmente necessitou reaver antigas noções duramente criticadas pela anatomia patológica, entre elas a própria prática da sangria e os conceitos de simpatia e irritação halleriano. FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008, p.213.



imigratório, ou seja, além dos custos da viagem o colono recém-chegado ao Brasil teria que arcar também com as despesas do seu tratamento de saúde. O hospital cobraria uma taxa de cada colono, procedimento semelhante ao adotado pela Santa Casa de Misericórdia. Colonos com febre amarela deveriam ser internados no hospital independentemente de quem fosse o responsável pelos custos da internação. Caso o doente se negasse a pagar os custos de seu tratamento, o médico deveria informar a comissão. Segundo o médico, o tratamento dos colonos seria pago por estadia e não por despesas de fornecimento. A comissão, por sua vez, orientou que fosse realizada a separação das escriturações do fornecimento dos colonos daquelas relativas ao hospital.<sup>112</sup>

Em relação ao problema da falta de leitos Bento Maria Costa sugeriu a criação de um estabelecimento destinado exclusivamente aos imigrantes recém-chegados ao Rio de Janeiro onde ficariam em observação, possibilitando aos médicos a realização de uma triagem. Em sua opinião o local adequado para a construção desse estabelecimento seria uma ilha com boa ventilação e água potável em abundância. Com o intuito de evitar desordem, seria necessária a construção de armazéns independentes, leia-se separados de acordo com a classe, com capacidade para até duzentas pessoas. Cada armazém deveria conter ainda duas salas de banho. Um perito se encarregaria de visitar os armazéns diariamente para examinar se os colonos estariam seguindo os preceitos higiênicos, se a alimentação servida seria de boa qualidade e se as roupas de cama usadas estariam limpas. Constatado qualquer caso de moléstia, o indivíduo seria imediatamente removido para o hospital. A estadia nesses estabelecimentos seria paga pelos próprios colonos ou empresas responsáveis por eles.<sup>113</sup>

Suponho que o projeto arquitetônico proposto por Bento Maria para o hospital marítimo tenha sido fundamentado no sistema higienista desenvolvido pelo médico francês Jacques René Tenon (1724-1816), uma vez que as enfermarias não seriam independentes do edifício principal. Entretanto, é relevante a sugestão de Bento Maria em construir armazéns isolados para a recepção dos imigrantes, antecipando o que posteriormente seria denominado e reconhecido como “modelo pavilhonar”, elaborado em 1872 por Casimir Tallet (1828-1899). Em substância, o sistema Tallet previa a construção de edifícios com no máximo dois pavimentos, longe de centros urbanos e com base no princípio de isolamento, onde cada doença seria tratada em pavilhões distintos. Os hospitais, no interior da conjuntura da qual estou tratando, já não eram considerados pela sociedade como morredouros. Esta instituição sofreu transformações ao longo do tempo de acordo com as mudanças operadas nas estruturas

---

<sup>112</sup> COSTA, Bento Maria da. *op.cit.*, Anexo H, pp.38-40.

<sup>113</sup> *Ibidem*, Anexo H, p.40.

sociais das quais faziam parte. Durante a Idade Média, o hospital exercia função essencialmente eclesiástica. Administrados por religiosos, os pobres e mendigos recolhidos àquele espaço eram fundamentais para a salvação daqueles que praticavam a caridade. Acreditava-se que a realização de boas obras junto aos necessitados garantiria a salvação e a vida eterna. A figura do médico ainda não estava presente nos hospitais desta época. A partir do século XVIII surgem, sobretudo na Grã-Bretanha, os primeiros dispensários, hospitais gerais e hospitais para grupos específicos de doentes. Pensava-se àquela época em termos de economia social, ou seja, seria menos custoso oferecer tratamento médico a enfermos que pudessem exercer novamente uma função útil na sociedade. Entretanto, em relação aos hospitais medievais, algumas práticas e finalidades ainda foram mantidas, como a assistência aos pobres moribundos e necessitados com o fim último de manter a ordem social e não necessariamente curar.<sup>114</sup> No final do século XVIII a representação do hospital como leito de morte começou a ser substituída por uma nova concepção, a de instituição eficaz no tratamento e recuperação de pessoas doentes. Transformações sociais, econômicas e, principalmente epistemológicas, fundaram a medicina hospitalar e tornaram imprescindível a participação da corporação médica na organização e administração das instituições hospitalares. Esse novo hospital, produto sociocultural do final do século XVIII, tornou-se um lugar de cura, registro, acúmulo e formação de saber em razão de nova distribuição interna, inversão das relações hierárquicas e organização de um sistema de registro permanente.<sup>115</sup>

Bento Maria Costa projetava seus ideais, sem dúvida, com as melhores intenções, isto é, prevenir o porto e a cidade do Rio de Janeiro de flagelos como a febre amarela e o cólera. Mas na década de 1850, apesar de os médicos higienistas já estarem comprometidos com o reconhecimento e hierarquização da profissão, o campo médico ainda não estava consolidado e só passaria a dispor de maior autonomia no final do século XIX. Nesse aspecto, a medicina buscava respaldo no Estado para que as intervenções sanitárias fossem aceitas e colocadas em prática. No entanto, a obtenção desse apoio não era uma questão simples, demandando por parte dos médicos habilidades políticas e retóricas para convencer os legisladores da

<sup>114</sup> Para uma análise crítica das práticas de filantropia e assistência aos pobres ver: GEREMEK, Bronislaw. *A piedade e a força. História da miséria e da caridade na Europa*. Trad. Maria da Assunção Santos. Lisboa: Terramar, 1996 (Pequena História).

<sup>115</sup> COSTA, Renato Gama-Rosa. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, v.18, supl.1, dez.2011, Rio de Janeiro, pp.53-66; FOUCALT, Michel. *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007, pp.99-111; ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Trad. Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, pp.335-370. Sobre a história da arquitetura hospitalar consultar ainda: BENCHIMOL, Jaime L. (coord.). *Manguinhos do sonho à vida. A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1990; TOLEDO, Luiz Carlos Menezes de. *Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Arquitetura. Rio de Janeiro, 2008, 238 f.

importância das medidas por eles sugeridas. A par disso, os esforços de Bento Maria Costa não foram suficientes para persuadir os membros da Assembleia Legislativa da importância da construção de um estabelecimento específico com toda aquela infraestrutura descrita em seu relatório destinado à recepção dos imigrantes no Rio de Janeiro.

Até 1859 o hospital de Santa Isabel não tinha um regulamento que fixasse o número e vencimento dos empregados e definisse as respectivas funções, regras e disposições para a regularização do serviço. Os enfermeiros recebiam mensalmente 50\$000 réis, os ajudantes 30\$000 e os serventes (geralmente africanos livres concedidos, segundo o diretor do hospital, pelas casas de correção) 28\$000 réis. Por sua vez, os médicos recebiam 500\$000 réis mensais. Mulheres negras livres eram contratadas para auxiliar na lavagem das roupas do hospital. As lavadeiras cobravam em média 40\$ réis por peça lavada.<sup>116</sup> Com o decreto n. 2.416 de 30 de abril de 1859 os vencimentos dos empregados sofreram aumento significativo, os enfermeiros, por exemplo, passaram a receber 600\$000 réis mensais. Os lazaretos do Caju e Maricá foram administrativamente anexados ao hospital de Santa Isabel que ficou dividido em enfermarias gerais e particulares, sendo as primeiras destinadas para os marinheiros e as segundas para os pilotos e capitães dos navios mercantes. A inspeção do hospital e dos lazaretos passou a ser responsabilidade do inspetor de saúde do porto a quem estariam subordinados todos os empregados do hospital. Os serviços ficariam divididos em administrativo, sanitário, econômico e religioso. Compunham a administração, além do diretor, um agente, um chefe de escritório, um ajudante e três amanuenses. Em tempos normais o serviço sanitário disporia de dois médicos, um enfermeiro chefe, três enfermeiros, três ajudantes e um farmacêutico. Integravam os serviços econômicos um copeiro, um fiel de arrecadação e rouparia, um cozinheiro e seu ajudante. As repartições desse setor eram a despensa, a cozinha, refeitório, arrecadação e rouparia. Todos os empregados estavam sujeitos a uma série de normas, assim como os enfermos que, caso infringissem alguma regra poderiam ser punidos com a proibição de ausentar-se do leito, com privação de passeios e até mesmo diminuição da porção de alimento servida diariamente. Esses castigos só poderiam ser aplicados pelo médico ou diretor, deixando entrever as hierarquias e relações de poder existentes nessas instituições.<sup>117</sup> Nesse mesmo ano, ou seja, 1859, o lazareto da Ilha de Maricá

<sup>116</sup> COSTA, Bento Maria da. Relatório do diretor do Hospital Marítimo de Santa Isabel dirigido à Comissão Administrativa do mesmo. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1857 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na segunda sessão da décima legislatura pelo ministro e secretário de Estado dos Negócios do Império Marquês de Olinda*. Rio de Janeiro: Tipografia Universal de Laemmert, 1858, Anexo F, pp.7 -14. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

<sup>117</sup> BRASIL. Decreto n. 2.416 de 30 de abril de 1859. Dá novo regulamento ao Hospital Marítimo de Santa Isabel. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1858 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da décima legislatura pelo ministro e Secretario de Estado dos Negócios do Império Sérgio Teixeira de*

encerrou suas atividades e o localizado na Ilha do Caju, em função de seu estado precário, também acabou desativado.<sup>118</sup> Nova discussão em relação à construção de um lazareto para o porto da cidade do Rio de Janeiro seria retomada somente em 1884, ano em que a direção dos serviços sanitários dos portos de Buenos Aires foi transferida para o Departamento Nacional de Higiene e a construção do lazareto da Ilha de Martín Garcia foi autorizada.

#### *Lazareto de Ilha Grande.*

Nuno de Andrade, inspetor de Saúde do Porto do Rio de Janeiro ficou encarregado de indicar ao governo imperial a melhor localidade para a instalação de novo lazareto. Diversas regiões foram cogitadas, entre elas destacamos a enseada de Jurujuba Praia de Fora, Cabo Frio, Búzios, Arquipélago de Santana e Ilha Grande. A região ideal para a construção desse tipo de espaço deveria contar com água potável em abundância; topografia favorável, isto é, com planícies ou esplanadas; boa ventilação; condições propícias à instauração de ancoradouro seguro, além de um solo seco, impermeável, firme, sem a presença de pântanos, alagadiços ou qualquer outra fonte de infecção palustre.

A Praia de Fora foi descartada, pois não fornecia condições adequadas para a construção de atracadouro seguro. A enseada de Jurujuba também foi excluída em função da dificuldade de lá ingressarem navios de grande calado. Recorrendo a pessoas experientes que conheciam a costa do Rio de Janeiro, Nuno de Andrade recebeu várias indicações de ilhas localizadas entre Vitória e Santos que apresentavam condições satisfatórias para ancoragem de navios e a edificação do lazareto. Conforme ressalta Nuno de Andrade existia certa pressão popular no sentido de convencer as autoridades a optarem por região distante da cidade, navegantes chegaram a indicar localidades que distavam 100 a 120 milhas (160 a 190 km) do porto. Em último caso o inspetor de saúde pensava ser conveniente recorrer ao uso de lazaretos flutuantes, semelhantes aos existentes àquela época em Buenos Aires e Londres. Em sua concepção, ilhas situadas em locais muito distantes dificultariam os serviços administrativos. As ilhas que melhor atendiam as necessidades e condições para tal empreendimento, segundo o próprio inspetor, eram as seguintes ilhas: Comprida, Maricá e

---

Macedo. Rio de Janeiro: Tipografia Universal de Laemmert, 1859, Anexo H, pp.1 -11. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

<sup>118</sup> BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1859 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na quarta sessão da décima legislatura pelo ministro e Secretario de Estado dos Negócios do Império João de Almeida Pereira Filho*. Rio de Janeiro: Tipografia Universal de Laemmert, 1860, p.18. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

Grande. As três receberam sua visita e a do engenheiro do Ministério do Império, Paula Freitas.<sup>119</sup>

A Ilha Comprida caracterizava-se por um penhasco seco e rude, situada em meio a um mar bravio. Além de rasa e quase inacessível, não dispunha de água potável e estava exposta a todos os tipos de ventos. Logo foi rejeitada em razão desses fatores. A Ilha de Maricá oferecia condições semelhantes àsquelas verificadas na Ilha Comprida. Ela já havia sido utilizada para o estabelecimento de um lazareto provisório, mas dadas essas condições desfavoráveis também foi descartada. Em 1856 a Ilha Grande servira como local de quarentena e desinfecção para uma fragata inglesa e vários vapores oriundos das províncias do norte. A enseada dessa ilha denominada “Seio de Abraão” apresentava qualidades inegáveis para atracação. Existiam ainda outras duas enseadas adequadas a esse fim, denominadas “Palmas” e “Céu”. Ilha Grande contava também com condições topográficas e geológicas favoráveis, bem como, água potável em abundância. A “chácara do holandês”, localizada na enseada do Abraão, foi considerada pelo inspetor a região ideal para a edificação do lazareto e atracadouro de navios suspeitos. Cogitou-se a utilização da enseada de Palmas como ancoradouro de quarentenas rigorosas, uma vez que não se aconselhava a permanência de indivíduos infectados com indivíduos suspeitos ou mesmo sadios. Antônio Luiz Von Hoonholtz, barão de Teffé, indicou o arquipélago de Santana para esse propósito. O arquipélago distava 103 milhas (165 km) do porto do Rio de Janeiro, não dispunha de água potável e sua topografia era formada por imensas colinas de pedra.<sup>120</sup> Nuno de Andrade ambicionava a construção de um lazareto moderno e completo, semelhante ao da Ilha de Martín Garcia em Buenos Aires. Em seus projetos haveriam dois pavilhões separados por jardins, com água encanada e canalização subterrânea para esgotos e iluminação elétrica. Como Ilha Grande ficava a 66 milhas (106 km) da cidade do Rio de Janeiro, Nuno Andrade acreditava poder suprir, na própria ilha, a necessidade de gêneros alimentícios com a criação de gado vacum e o cultivo de legumes e cereais.

<sup>119</sup> ANDRADE, Nuno de. Pareceres sobre a localidade mais apropriada para o estabelecimento de um lazareto nas proximidades do porto do Rio de Janeiro. Relatório enviado em 11 de agosto de 1884 pela Inspeção de Saúde do Porto do Rio de Janeiro ao Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império Filipe Franco de Sá. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1884 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima nona legislatura pelo Ministro e Secretario de Estado dos Negócios do Império João Florentino Meira de Vasconcellos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1885. Anexo F6, pp.1-2. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

<sup>120</sup> HOONHOLTZ, Antônio Luís Von. Pareceres sobre a localidade mais apropriada para o estabelecimento de um lazareto nas proximidades do porto do Rio de Janeiro. Relatório enviado em 28 de agosto de 1884 ao Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império Filipe Franco de Sá. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1884 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima nona legislatura pelo Ministro e Secretario de Estado dos Negócios do Império João Florentino Meira de Vasconcellos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1885. Anexo F6, p.3. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

A equipe formada por Nuno de Andrade, Antônio de Paula Freitas e Antônio Luiz Von Hoonholtz concluiu que a enseada do Abraão, na Ilha Grande, reunia as condições higiênicas, técnicas e comerciais para a construção de um lazareto permanente. O engenheiro Paula Freitas ressaltou que o projeto deveria levar em consideração a renovação do ar e a vigilância dos quarentenários. Destacava ainda a importância de evitar o contato entre passageiros de primeira, segunda e terceira classes. Nesse aspecto, ele criticava os lazaretos de Ancona, no Adriático e de Lisboa onde, apesar da eficácia no isolamento e vigilância dos internos, não possibilitavam a separação dos passageiros por classes e destes em relação às cargas. Os lazaretos, em sua opinião, constituíam um serviço de isolamento e triagem, portanto, não podiam ser equiparados ao hospital.

O perigo que alguns imaginam, pela colocação do lazareto na Ilha Grande, acreditando que facilmente o mal se transmitiria à população da ilha, teria lugar, se o lazareto fosse um hospital; mas essa circunstância não se dá na atualidade, porque os lazaretos destinam-se somente a manter em observação mais ou menos longa os passageiros, que vem de portos infeccionados e que, antes de se envolverem com a população das cidades, precisam passar por certas operações higiênicas, como sejam as fumigações, pulverizações e aerações. O caráter de hospital desapareceu para semelhantes estabelecimentos, e quando há doentes, quer de moléstias comuns, quer de epidemia, eles são imediatamente levados para edifícios especiais, onde recebem o tratamento de que carecem; não ficam no lazareto, do qual estes últimos edifícios devem estar distantes, preferindo-se mesmo as enfermarias flutuantes.<sup>121</sup>

As obras tiveram início em julho de 1884 e foram concluídas cerca de um ano e meio depois. As principais edificações foram erguidas na chácara do holandês, situada na enseada do Abraão. Uma fazenda denominada “Dois Rios” serviu como abastecimento de água, gêneros alimentícios e conservação de matas. Um pequeno hospital de isolamento foi construído na região conhecida àquela época como “Bica”. A chácara, assim como a fazenda, foi comprada pelo governo imperial.<sup>122</sup>

Em virtude de suas funções integrarem os serviços sanitários dos portos, o lazareto de Ilha Grande ficou subordinado à Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, órgão vinculado por sua vez ao Ministério dos Negócios do Império. O decreto n. 9.554 publicado em 3 de

<sup>121</sup> FREITAS, Antônio de Paula. Lazareto do Rio de Janeiro: Relatório apresentado em seis de setembro de 1884 a S. Ex. o Sr. Conselheiro dr. Filipe Franco de Sá, Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império, pelo dr. Antonio de Paula Freitas. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1884 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima nona legislatura pelo Ministro e Secretario de Estado dos Negócios do Império João Florentino Meira de Vasconcellos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1885. Anexo F6, p.14. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

<sup>122</sup> SANTOS, Myrian Sepúlveda dos. Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância nas áreas de saúde e política (1884-1942). *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.14, n.4, out.-dez. 2007, pp.1174-1175. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000400005>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

fevereiro de 1886, reorganizou os serviços sanitários do Império e determinou que o inspetor geral de Saúde dos Portos fosse responsável pela organização de um regimento interno para o lazareto, fixando o número de empregados, suas atribuições e as medidas de coerção aplicadas aos quarentenários. O decreto estabeleceu ainda a divisão dos serviços do lazareto em administrativos e médicos. Aos primeiros caberia, entre outras funções, a conservação dos edifícios; suprimentos de víveres, água, luz, roupas de cama, mesa e banho; a polícia interna e externa das quarentenas; serviços funerários e fiscalização de navios ancorados. Aos segundos incumbia a responsabilidade pelas visitas médicas (tanto aos internos quanto aos navios); fixação do prazo de quarentena e sua prorrogação; serviços de desinfecção; tratamento de enfermos; concessão de livre prática a pessoas, cargas e navios que purgaram quarentena e inspeção das cartas de saúde. A internação dos passageiros teria duração conforme os períodos de incubação das doenças a controlar. Como visto anteriormente, esse período durava aproximadamente dez dias em relação à febre amarela e oito no caso do cólera. O artigo n.160 estipulava que os funcionários dos lazaretos, com exceção dos administradores, seriam contratados em regime de comissão. Já o artigo n. 161 estabelecia a distribuição dos quarentenários em classes, com alojamentos e tratamentos distintos.<sup>123</sup> Myrian Sepúlveda dos Santos observa que no Brasil as políticas de isolamento tiveram algumas particularidades, como por exemplo, a adoção do regime celular como prerrogativa exclusiva de passageiros de primeira e segunda classe, uma vez que os de terceira classe eram reunidos em pavilhões. Santos assinala ainda que os relatórios oficiais, a despeito dos relatos de passageiros, consideravam eficazes as práticas adotadas no controle de epidemias pelo lazareto de Ilha Grande.<sup>124</sup> Certamente a forma de isolamento conforme as classes dos passageiros não passava de pura retórica e essas distinções também integraram a realidade de outros lazaretos como o da Ilha de Martín Garcia em Buenos Aires, onde a existência de cozinheiros específicos para os passageiros de primeira, segunda e terceira classe revela como posições sociais definiam as formas de tratamento nesses espaços de cura. Santos, assim como as fontes primárias utilizadas nesta pesquisa, não apontam qualquer embasamento científico que comprovasse a eficácia desse tipo de medida no controle de doenças epidêmicas.

O lazareto de Ilha Grande contava com dois conjuntos de prédios. O primeiro consistia em seis armazéns próximos ao cais, ocupando área de 9.000m<sup>2</sup> ladeada por altos muros. Nesses armazéns fazia-se a desinfecção de cargas e bagagens. Quatro armazéns recebiam as

<sup>123</sup> BRASIL. Decreto n. 9.554, de 3 de fevereiro de 1886. Reorganiza os serviços sanitários do Império. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1886*, vol.1, p.57 (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9554-3-fevereiro-1886-543197-publicacaooriginal-53270-pe.html>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

<sup>124</sup> SANTOS, Myrian Sepúlveda dos. *op.cit.*, p.1176.

cargas dos navios e dois estavam equipados com estufas de desinfecção sistema *Virchow*, e a elas eram levadas as bagagens dos passageiros por meio de pequeno vagão sobre trilhos. Após a desinfecção, as bagagens passavam a outro armazém onde permaneciam estocadas. Existiam ainda no lazareto de Ilha Grande construções destinadas a armazenamento de água, sistema de esgoto, caixas para lavagem dos pavilhões, dois galpões para armazenagem de materiais e fiscalização de cargas, uma casa reservada ao destacamento e à guarda da Alfândega, além de várias casas para os vigias. O segundo prédio ficava em região da Ilha denominada Praia Preta e destinava-se à recepção dos passageiros. Era uma construção grande e quadrangular que abrigava até quinhentos passageiros da terceira classe. Em seu interior havia vários pequenos salões e dois pátios internos com banheiros e lavatórios. Os pavilhões para passageiros da segunda e primeira classe foram construídos em terreno que distava aproximadamente quinhentos metros da enseada. Aí foram erguidos cinco prédios divididos em blocos. Aqueles destinados à primeira classe possuíam dezesseis quartos, cada um com capacidade para até três pessoas. Os prédios destinados à segunda classe abrigavam número maior de pessoas, e seus quartos eram relativamente menores. Dois outros prédios serviam à enfermaria e ao almoxarifado. Todos os pavilhões possuíam banheiros, salas e varandas comuns, além de cozinhas e refeitórios. As refeições eram realizadas separadamente. Os serviços não eram completamente gratuitos: cobravam-se taxas de internação para a cobertura dos gastos com a manutenção de enfermos e quarentenários, variando as taxas conforme a classe, como nos navios de passageiros.<sup>125</sup>

Após a proclamação da república o lazareto da Ilha Grande continuou em funcionamento, sem alteração em seu regulamento e com expansão de sua antiga estrutura. Nova reformulação unificou os serviços de saúde em 1897. O Instituto Sanitário Federal e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos foram substituídos pela Diretoria Geral de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Os serviços sanitários dos portos ficaram divididos em três distritos sanitários: Rio de Janeiro; Recife e Belém. Cada distrito possuía um lazareto especial, sendo o de Ilha Grande, responsável pela inspeção dos portos do Rio de Janeiro, Espírito Santo, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.<sup>126</sup>

A década de 1870 marcou o início das primeiras conferências sanitárias na América Latina e, por conseguinte, um redirecionamento das políticas de saúde pública na região. Em sintonia com a agenda científica internacional e em meio a uma conjuntura de intensificação

---

<sup>125</sup> Ibidem, pp.1177-1178.

<sup>126</sup> Ibidem, p.1185.



do fluxo migratório, Brasil e Argentina reviram as medidas preventivas e profiláticas adotadas em seus portos e submeteram seus antigos lazaretos a uma ampla reformulação em suas estruturas organizacionais. O Brasil, particularmente, vivenciava um contexto onde o fim da economia escravocrata colocava na ordem do dia a formação de novas relações de trabalho. Pressionados por um lado a ceder a uma nova lógica social e econômica condizente com as necessidades do capitalismo industrial e financeiro e, por outro, informados pelas teorias raciais vigentes à época, as elites brasileiras viram na imigração europeia a oportunidade de branquear a população e ao mesmo tempo substituir a mão-de-obra cativa. Para o império brasileiro que buscava se firmar nos trópicos como uma nação civilizada, leia-se europeia, a escravidão era uma chaga vergonhosa. A par disso, o saneamento das cidades portuárias, sobretudo do Rio de Janeiro, tornou-se crucial à realização desse projeto. O fluxo migratório e comercial também se intensificou no Paraná durante esse período. Mas, ao contrário dos lazaretos de Buenos Aires e Rio de Janeiro, o da Ilha das Cobras, localizado próximo ao porto de Paranaguá, amargou um destino bastante diferente, como teremos oportunidade de verificar no próximo capítulo. Por ora, vejamos na próxima seção a constatação, por parte de alguns ministros do Império, das limitações do arranjo sanitário então vigente e as tentativas de reestruturá-lo nos anos finais do regime imperial.

*A reestruturação do arranjo sanitário nos anos finais do Império.*

As elites políticas nacionais do Brasil imperial estavam cientes das consequências dos efeitos negativos da interdependência econômica e social. O arcabouço institucional montado para enfrentar esses problemas ao longo do século XIX foi, em grande medida, fruto dessa consciência. A despeito disso, essa mesma elite, ou parte dela, também tinha compreensão das limitações desse arranjo, conforme se observa no relatório do ministro do Império Paulino José Soares de Souza:

A experiência tem mostrado que a atual organização dos serviços relativos à saúde pública não é a mais adequada. Falta-lhes o nexo e a unidade de direção que a natureza de tais serviços exige. Cometidos a autoridades diversas, sem um centro, que permanente e eficazmente lhes regule a fiscalização e ação, não podem ser desempenhados de modo que deem, senão, muito incompletamente, os resultados para que foram instituídos. Basta refletir nas íntimas relações que ligam as funções incumbidas àquelas autoridades, para conhecer que, tanto as de higiene como as de polícia sanitária dos portos, devendo todas concorrer para o mesmo fim geral – velar

sobre a saúde pública, precisam de uniformidade de intuito e de direção, impraticável sem um centro convenientemente constituído.<sup>127</sup>

Soares de Souza argumentava que a tentativa de centralização dos serviços sanitários mediante a criação da Junta Central de Higiene Pública e a posterior incorporação, a esse órgão, da Inspetoria de Saúde dos Portos do Império e do Instituto Vacínico, não foi capaz de melhorar efetivamente a saúde pública no país. Nas províncias esses serviços eram, na prática, exercidos separadamente. Os inspetores de saúde dos portos e os comissários provinciais, municipais e paroquiais atuavam distintamente. A falta de vínculos mais estreitos entre os serviços de saúde dos portos e de vacinação, bem como, das repartições centrais e regionais, aliada às precárias condições materiais a que estavam submetidos os funcionários provinciais constituíam, segundo Soares de Souza, os principais defeitos da organização sanitária do país. As atribuições e os modos de execução desses serviços necessitavam, na concepção do ministro, de nova reformulação. Seu sucessor, João Alfredo Correia de Oliveira, corroborou suas ideias e enfatizou a urgência em reformar os serviços de vacinação, cujos efeitos eram considerados praticamente nulos. Oliveira também considerava importante rever a estrutura de assistência à saúde pública provincial. O estado sanitário de muitas províncias era praticamente desconhecido. As regiões periféricas do Império careciam de estudos aprofundados que possibilitassem o conhecimento das condições higiênicas locais, dificultando a adoção de medidas mais concretas para a remoção das causas de insalubridade. A falta de auxiliares e recursos materiais e financeiros também foi considerada por Oliveira como importante obstáculo ao melhoramento dos serviços de saúde pública.<sup>128</sup> Nesse aspecto é importante ressaltar que, embora fosse considerada importante, a saúde pública nunca foi prioridade do governo imperial, salvo as exceções durante as crises epidêmicas. Considerava-se mais urgente investir em meios de comunicação que estimulassem o desenvolvimento econômico, a arrecadação de impostos e expandissem a influência do Estado Nacional.

As críticas desses ministros chamaram a atenção do governo imperial que procurou, mediante decreto n. 6.378 publicado em 15 de novembro de 1876, reorganizar o serviço sanitário dos portos e cidades marítimas do país. O decreto atendeu às representações dirigidas ao governo imperial pela Junta Central de Higiene Pública sobre a urgente necessidade de adotarem-se medidas para preservar a importação de moléstias pestilenciais e

<sup>127</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1869 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na segunda sessão da décima quarta legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado Paulino José Soares de Souza*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1870, p.113.

<sup>128</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1870 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da décima quarta legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado João Alfredo Correia de Oliveira*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1871, pp.30-31.

contagiosas. As medidas foram sancionadas com base no parecer de uma Comissão Especial e seriam executadas provisoriamente. O número de médicos nas freguesias da Corte foi ampliado. O inspetor de saúde do porto do Rio de Janeiro passou a contar com quatro ajudantes e um lazareto flutuante foi criado, distando aproximadamente 600 metros do hospital marítimo de Santa Izabel, onde os serviços de quarentena foram revisados a despeito do decreto n. 2.734 de 23 de janeiro de 1861 que as substituíra por desinfecções em navios, passageiros e cargas. Nas províncias da Bahia, Pernambuco, Maranhão, Pará, São Paulo e Rio Grande do Sul as disposições do decreto deveriam ser igualmente executadas quando cabíveis.<sup>129</sup>

Outra importante medida adotada com o objetivo de melhorar a assistência à saúde pública do Império foi o decreto n. 8.387 de 19 de janeiro de 1882 que criou o cargo de inspetor de higiene pública nas províncias. Os municípios e paróquias (tanto da Corte como das províncias) passariam a dispor de comissões de higiene pública, delegados das Juntas (criadas somente nas províncias da Bahia, Pará, Maranhão, Pernambuco e Rio Grande do Sul) ou delegados dos inspetores de higiene pública. Os serviços de vacinação ficaram a cargo dos delegados ou comissões, aumentando o grau de centralização dessas atividades, conforme defendiam Paulino José Soares de Souza e João Alfredo Correia de Oliveira. A estrutura ficou disposta da seguinte forma: no âmbito geral a Junta Central de Higiene Pública; no nível regional as Juntas e Inspetorias provinciais e localmente as comissões e delegados. A despeito dessas reformas em relação a um arranjo institucional mais centralizado, o capítulo IX do respectivo decreto previa a possibilidade de uma articulação mais direta entre as Câmaras Municipais e as autoridades sanitárias no tratamento de questões relativas à saúde pública.<sup>130</sup> Esse vínculo já havia sido proposto pelas posturas municipais de Paranaguá de 1877 em seu artigo quatorze. Mas esse tipo de colaboração não agradava José Pereira Rego, presidente da Junta Central de Higiene Pública que propugnava maior independência à principal instituição sanitária do país:

De outro lado, a Junta Central vê-se a cada momento embaraçada no desempenho dos seus deveres, de tal sorte que, quando quer propor ou executar uma medida sanitária que está na órbita de suas atribuições, não o pode conseguir por tornar-se

<sup>129</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1876 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima sexta legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado José Bento da Cunha e Figueiredo*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1877, anexo F3.

<sup>130</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1881 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima oitava legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado Manoel Pinto de Souza Dantas*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1888, anexo I.

preciso prévia satisfação, seja à municipalidade, seja à polícia, seja às inspetorias das repartições públicas e até à Faculdade de Medicina.<sup>131</sup>

Pereira Rego ambicionava não somente a centralização dos serviços de saúde pública do país, mas também autonomia irrestrita à Junta Central de Higiene Pública, por isso a menção à Faculdade de Medicina. Presumo ainda que ele considerava uma afronta à prestigiosa corporação médica o fato de ela ter que se submeter às opiniões e decisões de grupos ou indivíduos leigos, não iniciados no complexo, hermético e restrito saber médico-científico. Pereira Rego talvez agisse muito mais em prol da defesa de seu grupo social e profissional, buscando manter ou reforçar, consciente ou inconscientemente, as distinções e os privilégios a ele inerentes. Nesse aspecto, a qualidade e extensão da assistência à saúde pública estariam em segundo plano, o que torna a compreensão dessa questão ainda mais instigante. Em outras palavras, por um lado o governo antepunha os interesses econômicos aos sanitários, por sua vez, médicos como Pereira Rego, preocupavam-se primeiramente com a hegemonia e reconhecimento de sua profissão. À população restava recorrer aos curandeiros, sangradores e demais terapeutas populares, com quem possuíam maior afinidade e compartilhavam de um mesmo universo mental, sobretudo, no que dizia respeito às concepções de cura e doença.

Uma reestruturação mais profunda e sistemática dos serviços sanitários do Império ocorreu somente em 1886 com o decreto n. 9.554, que criou um conselho superior de saúde pública na Corte com a função de interpor pareceres a respeito das questões de higiene e dividiu a assistência à saúde pública em duas áreas: terrestre e marítima ou portuária. A primeira ficou a cargo da Inspetoria Geral de Higiene e a segunda da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos. Entre outros assuntos, cabia à Inspetoria Geral de Higiene a fiscalização do exercício da medicina e farmácia e direção dos serviços de vacinação. Nas províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul a organização da Inspetoria de Higiene se dava mediante um inspetor de higiene, nomeado pelo governo imperial por meio de decreto; membros da inspetoria; secretário e delegados de higiene nas cidades e vilas mais importantes, nomeados pelos presidentes de província. No Paraná havia somente um inspetor de higiene e delegados nas principais cidades e vilas. Por sua vez, a Inspetoria Geral de Saúde dos portos passou a cuidar, entre outras questões, da direção dos socorros médicos aos homens do mar; polícia sanitária dos navios, dos ancoradouros e do litoral e serviço de

---

<sup>131</sup> REGO, José Pereira. Relatório da Junta Central de Higiene Pública. In: BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1884 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima nona legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado João Florentino Meira de Vasconcellos*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1885, anexo F, p. 2.

quarentena marítima. Nas províncias do Pará, Pernambuco, Bahia, Maranhão, São Paulo e Rio Grande do Sul as inspetorias contavam com um inspetor de saúde do porto, nomeado pelo governo imperial mediante decreto; ajudante do inspetor; secretário e guardas de saúde, nomeados pelos inspetores provinciais. O Paraná dispunha somente de um inspetor de saúde do porto e guardas de saúde. Os inspetores provinciais deviam se corresponder com os inspetores gerais e presidentes de província. Os inspetores de higiene tinham ainda sob sua responsabilidade a direção e fiscalização das atividades dos delegados de higiene, responsáveis por um amplo leque de atribuições, como por exemplo: vacinação e inspeção de gêneros alimentícios, habitações, estabelecimentos comerciais, serviços de esgoto, iluminação pública, suprimento de água potável etc. Possuíam autoridade e competência para fazer cumprir os artigos relativos à polícia sanitária, expedindo intimações e aplicando multas. Já os inspetores de saúde dos portos exerciam a polícia sanitária do litoral, dos ancoradouros e navios surtos nos portos; concediam ou negavam licença, durante quadras epidêmicas, para a atracação de navios; marcavam os ancoradouros sanitários; coordenavam os serviços de quarentena; dirigiam e fiscalizavam os serviços dos lazaretos.

Os inspetores e seus ajudantes ou guardas realizavam também as visitas sanitárias, divididas em dois tipos: externa (navios que entravam) e interna (navios ancorados). A visita interna estava circunscrita apenas aos navios mercantes. Já a externa era feita tanto em navios mercantes como de guerra. Se durante as visitas fossem constatados doentes acometidos por moléstia comum, estes seriam encaminhados ao hospital de terra ou tratados a bordo caso as condições higiênicas da embarcação fossem satisfatórias. Os doentes acometidos por moléstia pestilencial (peste do oriente, cólera e febre amarela) ou contagiosa (varíola) deveriam ser removidos para hospital apropriado (lazareto ou hospital marítimo). Nestes casos, a embarcação também seria transferida para o ancoradouro de quarentena e submetida a uma desinfecção rigorosa. Nenhuma remoção poderia ser realizada sem a expedição de guia ou declaração por parte do ajudante ou qualquer outro médico chamado a bordo para tratar ou examinar enfermos, assim como, nenhuma casa de saúde ou hospital público tinha permissão para receber doentes oriundos de embarcações atracados nos portos sem a respectiva guia ou declaração.

A livre prática das embarcações dependia das cartas de saúde. Carta limpa significava que o navio estava apto a ancorar ou seguir viagem, caso contrário, ficaria em quarentena. O decreto estipulava dois tipos de quarentena: observação e rigor. Aplicava-se a primeira nas embarcações provenientes de portos suspeitos ou infeccionados e que durante a viagem não apresentaram nenhuma manifestação de moléstia pestilencial ou contagiosa a bordo. A

segunda era imposta nas seguintes situações: embarcações que tiveram durante a viagem casos a bordo das respectivas moléstias; chegaram com doentes acometidos por elas ou trouxeram cargas susceptíveis de transmitir essas doenças mediante contágio. A duração das quarentenas de rigor variava conforme o período de incubação da peste oriental, cólera e febre amarela, isto é, vinte, oito e dez dias respectivamente. O decreto enfatiza ainda a necessidade de separar rigorosamente os passageiros submetidos à quarentena de observação e de rigor, assim como os enfermos acometidos por moléstias pestilenciais, contagiosas e comuns.

A reestruturação dos serviços sanitários promulgada pelo decreto n. 9.554 de 1886 deve ser compreendida à luz das transformações vivenciadas pelo Império, sobretudo, a partir da Guerra do Paraguai, quando teve início o processo de modernização do país. O desenvolvimento de novas tecnologias como o vapor e meios de transportes como trens e navios estreitaram ainda mais as relações econômicas entre a América do Sul, o Caribe, a América do Norte e a Europa. Esse incremento tecnológico possibilitou não só uma ampla difusão de bens materiais, como também culturais. Aliado a isso as exportações de capitais, mediante empréstimos ou investimentos diretos, melhorou as condições de vida de grande parte das elites de países periféricos como o Brasil. A ampliação da circulação de recursos financeiros inoculou nessas elites locais uma percepção crítica em relação ao seu meio de vida, levando-as a exigir reformas no seu habitat urbano capazes de torna-lo condizente com as novas formas de sociabilidade da época. O corolário dessa expansão urbana foi a expansão demográfica que insuflou não apenas a importação de capitais, mas também a recorrência à tecnologia e cientistas estrangeiros para a construção de ferrovias e serviços públicos como a implementação de redes de água e esgoto e iluminação pública. Daí a importância assumida pela figura do delegado de higiene até então inexistente na legislação sanitária brasileira. No que diz respeito às medidas de quarentena, é compreensível sua manutenção pelo decreto n. 9.554, uma vez que as teorias de Pasteur ainda não haviam vicejado no campo científico nacional.

Resolvidas as principais questões relativas à unidade territorial, consolidado o regime imperial e diante da grande expansão econômica e das correntes migratórias intercontinentais que intensificaram as relações de interdependência social e fizeram desencadear surtos epidêmicos nas mais distintas regiões do globo, o governo imperial brasileiro passou a dar maior atenção aos assuntos relativos à saúde pública. Na Corte, após o ressurgimento da febre amarela no país em proporções epidêmicas, os debates produzidos por médicos e deputados sublinhavam a necessidade de um órgão sanitário central. Afirmava-se que as municipalidades não teriam competência para enfrentar problema tão complexo, mas em

essência o que estava em jogo era a hegemonia da medicina oficial. Desses debates resultou a Junta de Higiene Pública, sediada no Rio de Janeiro e, em tese, com jurisdição nacional. A febre amarela alastrou-se pelo país e não tardou para que o cólera aqui desembarcasse. Os problemas inerentes à Junta e do arranjo institucional montado pelo governo para evitar a disseminação de moléstias pestilenciais e contagiosas logo se tornou perceptível. Muitos fatores contribuíram para isso, entre eles os conflitos resultantes das relações humanas, sociais e de poder; o desconhecimento à época das formas de transmissão e, conseqüentemente, dos mecanismos eficazes de prevenção a essas moléstias (sobretudo em relação à febre amarela) e o dissenso entre os médicos em relação a esses aspectos, o que enfraquecia as práticas higienistas. Muito embora, a falta de investimentos e a pobreza de muitas províncias também dificultassem a execução dessas práticas. Desde a fundação da Junta Central de Higiene Pública em 1851, as necessidades de reformas na organização dos serviços de saúde pública foram praticamente consenso, mesmo assim o governo só reviu a estrutura e legislação sanitária de forma mais aprofundada na década de 1880.

Embora superada a questão relativa à unidade territorial e consolidado o regime imperial, outros fatores ocuparam de maneira prioritária a agenda política do poder público durante a segunda metade do século XIX como, por exemplo, os conflitos internos e externos, imigração e abolição da escravidão. Entretanto, é demasiadamente esquemático afirmar que as ações sanitárias no império foram ineficazes. Houve esforços por parte do governo central em melhorar, modernizar e dinamizar a saúde pública, exemplo disso são os decretos que reorganizaram os serviços sanitários no país. Em minha concepção as dificuldades encontradas ao longo do período imperial em relação à higiene e saneamento público foram decorrentes das relações sociais e de poder travadas entre diferentes grupos políticos e profissionais.

As principais ações e medidas adotadas no âmbito da higiene pública terrestre ou marítima estavam concentradas na Corte, salvo os períodos específicos de quadra epidêmica, quando maiores recursos eram transferidos para as regiões afetadas. Nesse aspecto é possível afirmar que o arranjo então vigente àquela época era restrito, mas não ineficaz. Essa centralização teria sido crucial para o Rio de Janeiro em função de sua condição de Capital Federal e, portanto, de “vitrine do país” para o mundo, principalmente em uma conjuntura na qual Brasil e Argentina disputavam a condição de nação mais civilizada e saneada da América do Sul, capaz de receber com segurança e conforto os imigrantes europeus. Nas demais províncias e regiões periféricas do país os problemas de saúde das populações eram resolvidos

da forma como podiam, sobretudo de acordo com a capacidade de articulação das elites locais para conseguir recursos e apoio junto aos governos provincial ou central.

*Uma nova realidade. Os institutos de pesquisa e as transformações do sanitarismo brasileiro no início do século XX.*

A passagem do século XIX para o século XX revelou importantes mudanças para a saúde pública nacional e internacional. Um amplo leque de soluções muito mais complexas do que aquelas sugeridas pelos higienistas oitocentistas impôs-se aos médicos e autoridades sanitárias. Endemias antes espezinhadas ou desconhecidas tornaram-se protagonistas de um movimento, com características messiânicas, em prol do saneamento dos sertões brasileiros. As principais cidades do país foram submetidas a reformas urbanas e sanitárias a fim de torná-las conciliáveis às novas necessidades do capital financeiro que fluía pelas veias do novo regime republicano. A remodelação dos centros urbanos, sobretudo das capitais, vincula-se de maneira mais ampla às transformações médicas e sanitárias ocorridas na América Latina no final do século XIX e durante as primeiras décadas do século XX. Nesse aspecto, a V Conferência Sanitária Internacional realizada em Washington em 1881 pode ser considerada o marco inicial desse movimento no continente americano, quando se assume a necessidade de uma organização sanitária internacional.

A primeira Conferência Sanitária Internacional foi realizada em Paris, entre junho de 1851 a janeiro de 1852. Até o fim do século XIX a pauta principal dessas conferências foi o cólera. Somente em 1892, durante a sétima reunião realizada na cidade de Veneza é que as medidas profiláticas para impedir a disseminação dessa doença foram padronizadas. As conferências expuseram as limitações e fragilidades das tradicionais políticas de saúde internacionais fundamentadas em práticas como quarentenas, cordões sanitários e desinfecções. Além de limitadas, essas medidas eram incômodas e prejudiciais ao comércio marítimo. O anúncio de uma quarentena muitas vezes despertava mais pânico e causava maiores prejuízos em termos econômicos do que a epidemia em si. A despeito disso, o receio de importação de moléstias epidêmicas estava em franca conexão com o medo da imigração, sobretudo em cidades consideradas suscetíveis a tais doenças, como Rio de Janeiro, Buenos Aires e Veracruz. As correntes migratórias e os diversos interesses econômicos criaram vínculos mais estreitos, diretos e indiretos, entre os países e cidades do continente americano. Em essência, esse processo, em conjunto com outros, vinculou todos os continentes numa relação de dependência recíproca a nível global. Temia-se, por exemplo, que imigrantes



pobres oriundos da Europa, Leste Europeu ou Ásia, introduzissem ou agravassem os surtos de doenças pestilenciais nas cidades da América do Norte, do Caribe e da América Latina. Dessas relações cada vez mais entretecidas resultaram as Conferências Sanitárias e a consciência de se estabelecer medidas mais rígidas, coesas e universais para deter os flagelos epidêmicos. A par disso, o Congresso Sanitário Americano, realizado em Lima no ano de 1888 esboçou um acordo internacional onde estipulava regras gerais para a profilaxia do cólera e da febre amarela e a organização e funcionamento de lazaretos, quarentenas e desinfecções. A conferência estabeleceu ainda a necessidade por parte de cada país de compartilhar seus dados epidemiológicos.<sup>132</sup>

Na última década do século XIX violentas epidemias de varíola e febre amarela fustigaram a cidade do Rio de Janeiro que presenciou ainda o agravamento dos problemas de abastecimento de água e saneamento. Os índices de mortalidade elevaram-se drasticamente. Por outro lado, o enorme influxo imigratório pressionava o crescimento populacional. De 1872 a 1890 o número de habitantes da capital federal saltou de 266 mil para 522 mil pessoas. Grande parte desse contingente, isto é, aproximadamente 30%, nasceram no exterior.<sup>133</sup> A cidade não tinha estrutura para acompanhar essa expansão que ocorria desordenadamente e muitas vezes de forma improvisada. Sua remodelação ocorreu somente na gestão do presidente da República Rodrigues Alves (1902-1906). Durante seu governo o país vivenciou uma conjuntura econômica favorável em função da recuperação dos preços do café no mercado internacional e do ajuste financeiro promovido por seu antecessor, Campos Sales. Isso conferiu ao Brasil credibilidade, permitindo a Rodrigues Alves a aquisição de novos empréstimos necessários ao financiamento da modernização do Rio. O projeto possuía duas frentes, a reforma urbana e o saneamento. O engenheiro Francisco Pereira Passos, que chegou a se tornar prefeito, ficou responsável pela primeira. Oswaldo Cruz, diretor-geral da Saúde Pública, assumiu a segunda responsabilidade. As modificações empreendidas por Pereira Passos na paisagem urbanística da capital federal ficaram amplamente conhecidas como *Bota Abaixo*. Consistiram na demolição de cortiços, alargamento de ruas, abertura de largas avenidas, criação de jardins e construção de modernos edifícios. Sonia Hilf Schulz sugere que os projetos de renovação urbana do início do século XX não visavam apenas melhorar a circulação no interior das cidades, mas também higienizar o espaço reformado:

---

<sup>132</sup> CUETO, Marcos. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, pp.27-33.

<sup>133</sup> CARVALHO, José Murilo. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987, pp.16-17.

A obsessão sanitária em demolir as ruas-corredores e abrir imensas vias de tráfego evidenciava o desprezo pela urbanidade do presente e pela memória do passado. Os edifícios sobre pilotis restituíram a permeabilidade suprimida pelas ruas tradicionais, predominantes nas áreas poluídas e insalubres dos cortiços parisienses do século XIX. A proposta de destruir quadras inteiras do centro de Paris era comparada a uma cirurgia para extirpar uma doença maligna.<sup>134</sup>

No Brasil, essas doenças malignas, sobretudo a febre amarela, problema medular da saúde pública brasileira, afligiam indiscriminadamente a população e ameaçavam os projetos de imigração estrangeira, causando ainda severos prejuízos ao comércio exterior em função das quarentenas impostas aos navios. A solução desses entraves e a consequente viabilização de um processo de modernização da capital federal se tornaram exequíveis a partir do momento em que um novo paradigma e modelo institucional científico passaram a ser difundidos no país. A criação de centros de pesquisa como o Instituto Oswaldo Cruz e a institucionalização da medicina tropical e experimental fundaram as bases para uma nova era da saúde pública no Brasil.

Apesar de a medicina pasteuriana ter inaugurado um novo paradigma nas ciências médicas possibilitando meios eficazes para o controle de doenças pestilenciais, cujos mecanismos de transmissão eram desconhecidos pelos higienistas do século XIX, ela por si só, não explica a formação dos primeiros institutos de pesquisa científica brasileiros. A importação de tecnologia e *know how* constituiu apenas uma faceta desse intrincado processo. As diversas tradições científicas são legitimadas, social, retórica e epistemologicamente conforme os contextos políticos, econômicos e sociais de um determinado país. As ciências não seriam um simples encadeamento lógico de proposições a serem refutadas ou não mediante experimentos. Os praticantes de uma ciência, assim como qualquer outro personagem de investigação histórica, não podem ser descritos e compreendidos isolados das circunstâncias concretas em que pensam, vivem e atuam. Indivíduos de grande destaque e inserção nos círculos científicos nacionais e internacionais como Oswaldo Cruz, precisaram desenvolver notória habilidade política para convencer legisladores e opinião pública sobre a importância da institucionalização das ciências biomédicas no país, bem como, da formação de uma massa crítica crucial para o seu desenvolvimento.

A primeira dessas instituições fundadas no Brasil foi o Instituto Bacteriológico, inaugurado em São Paulo no ano de 1892. A criação desse espaço na respectiva unidade federativa do país integrou um projeto mais amplo de modernização da cidade que, naquela conjuntura, vivenciava uma expansão do complexo cafeeiro e um notável influxo imigratório.

<sup>134</sup> SCHULZ, Sonia Hilf. Utopias urbanas modernistas. In: MACHADO, Denise Barcellos Pinheiro (org.). *Sobre urbanismo*. Rio de Janeiro: Viana & Mosley/ProUrb, 2006, p.22.

O renomado médico e cientista brasileiro Adolfo Lutz (1855-1940) assumiu a direção do instituto em setembro de 1895 e ao lado de Vital Brasil (1865-1950) desenvolveu ali inúmeras pesquisas. Rodrigues Alves, como presidente do Estado de São Paulo, conferiu apoio às investigações de Lutz no instituto, sobretudo uma em especial, realizada em conjunto com Emílio Ribas a cerca das descobertas da Comissão Reed em Havana.

Cuba conquistou sua independência no ano de 1898 com o apoio do exército norte-americano. Após o processo de emancipação, a ilha precisou ser reconstruída e o comércio restabelecido. Todavia, isso demandou a importação de mão-de-obra estrangeira, ampliando consequentemente os surtos epidêmicos de febre amarela. A doença impôs sérios obstáculos aos planos militares dos EUA. Para tentar debela-la o Departamento de Engenharia do Governo Militar de Ocupação Norte Americano deu início, em janeiro de 1899, a uma intensa operação de saneamento da cidade de Havana. A despeito disso, os casos de febre amarela continuaram a aumentar conforme crescia o número de imigrantes na ilha. Justamente nesse contexto é que desembarca em Cuba a Comissão Reed, chefiada por Walter Reed e integrada pelos bacteriologistas Jessé William Lazaer, James Carroll e Aristides Agramonte. Em dois meses de investigação a comissão conseguiu comprovar a hipótese do médico cubano Carlos Finlay (1833-1915) segundo a qual a febre amarela seria transmitida pelo mosquito. As medidas profiláticas foram reformuladas com base nessa teoria e no período de seis meses a doença foi controlada.<sup>135</sup>

A hipótese da transmissão de doenças mediante vetores já havia sido enunciada antes dos testes experimentais realizados por Finlay. Os cientistas John Crawford (1746-1813) e Louis Daniel Beaupérthuy (1807-1871) supuseram a relação entre mosquitos e doenças infecciosas como a febre amarela sem, no entanto, indicar espécies e especificar agentes etiológicos. Finlay integrou o Conselho de Saúde Nacional dos Estados Unidos, criado para investigar as causas da febre amarela em Havana no ano de 1879. Recusando a noção de contágio, ele demonstrou que os trabalhadores responsáveis pela limpeza das fossas em Havana eram acometidos de forma esporádica pela febre amarela. Quando comparados com a média de infectados da cidade, esses trabalhadores representavam uma porcentagem praticamente irrelevante. Isso colocava sob suspeita a noção de que a doença era propagada pelo contato com resíduos humanos infectados, como no cólera.<sup>136</sup> O cientista cubano

<sup>135</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999, p.401. Sobre as epidemias de febre amarela em Cuba ver ainda: ESPINOSA, Mariola. *Epidemic Invasions: Yellow fever and the limits of Cuban independence 1878-1930*. Chicago: The University of Chicago Press, 2009.

<sup>136</sup> ESPINOSA, Mariola. *Epidemic Invasions: Yellow fever and the limits of Cuban independence 1878-1930*. Chicago: The University of Chicago Press, 2009, p.33.

suspeitava que o germe responsável pela febre amarela sofresse transformação fora do organismo humano antes de infectá-lo. Ele cruzou esta hipótese com a descrição do hospedeiro intermediário do fungo da alforra (doença dos cereais), apresentada pelo francês Philippe Edouard Leon Van Tieghem (1839-1914), deduzindo que o agente transmissor da febre amarela era independente tanto do doente como da própria doença.<sup>137</sup> Durante vinte anos a teoria de Finlay não obteve reconhecimento e repercussão. Historiadores como Nancy Stepan atribuem isso a obstáculos externos responsáveis por obstruir a difusão da teoria do cubano. Os Estados Unidos dedicaram pouca atenção à febre amarela após a devastadora epidemia de 1878, lidando com a doença de maneira pontual. A pesquisa médica passou a ser valorizada somente a partir de 1893, com a fundação do Army Medical School e a promoção do major George Sternberg a Surgeon-General of the U.S. Army. Todavia, Sternberg voltou-se à bacteriologia e deixou de lado as pesquisas de Finlay. Por sua vez, historiadores como François Delaporte compartilham uma visão internalista e defendem que os trabalhos de Finlay só se tornaram profícuos após as conclusões das investigações de Ronald Ross (1857-1932). Nesse aspecto as realizações da medicina tropical teriam estreita relação com os trabalhos do médico cubano. Patrick Manson, fundador deste importante campo de pesquisa médica, conferiu contornos científicos ao conceito de vetor. Em 1880 o bacteriologista francês Charles Louis Alphonse Laveran descobriu o hematozoário causador da malária e em 1898, Ronald Ross, discípulo de Manson, resolveu o enigma da transmissão desta moléstia. Tais descobertas foram cruciais para a aceitação da ideia de transmissão de doenças mediante insetos, trazendo à baila as pesquisas de Finlay até então adormecidas.<sup>138</sup>

As descobertas da Comissão Reed foram comprovadas em São Paulo por Adolfo Lutz e Emílio Ribas, pavimentando o caminho para a campanha liderada por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro em 1904 contra a febre amarela. Outra moléstia que despertou atenção nas autoridades sanitárias do Brasil foi a peste bubônica que fustigara a cidade de Santos. Essa epidemia estimulou a fundação do Instituto Butantã em 1899 no Estado de São Paulo. Receoso que a peste alcançasse o Rio de Janeiro, o prefeito Cesário Alvim determinou a criação de um laboratório soroterápico semelhante ao Butantã. A criação do laboratório ficou a cargo do barão de Pedro Afonso, médico responsável por produzir pela primeira vez no Brasil a vacina contra a varíola. O Instituto soroterápico foi inaugurado em 1900. Dois anos depois Oswaldo Cruz assumiu sua direção em razão de desentendimentos com Pedro Afonso. À frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, cargo que assumiu em 1903, Oswaldo Cruz

---

<sup>137</sup> BENCHIMOL, *op. cit.* p.390.

<sup>138</sup> Ibidem, pp.383-437.

projetou a transformação do Instituto Soroterápico com base no Instituto Pasteur de Paris. O Congresso não aprovou sua proposta, mas as sobras dos recursos destinados à Diretoria Geral possibilitaram a ele o início da redefinição do Instituto.<sup>139</sup>

Após o sucesso da campanha de saneamento da capital federal e da participação brasileira em setembro de 1907 no XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, onde Oswaldo Cruz recebeu a honraria máxima do evento das mãos da imperatriz da Alemanha, um projeto de lei foi aprovado e sancionado ao fim daquele ano pelo presidente da República Afonso Pena, criando o Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos com autonomia financeira e administrativa em relação ao Estado. Manguinhos tornou-se um centro de pesquisa autossustentável e polo difusor de conhecimentos científicos originais, promovendo e desenvolvendo um programa de ensino, pesquisa e produção de forma articulada. Conforme observa Nancy Stepan, a criação do Instituto Manguinhos representou um ponto de ruptura na história das práticas científicas brasileiras, constituindo importante exemplo de soluções para os problemas resultantes da criação de capacidades independentes e relativamente autônomas na ciência. Seu sucesso, segundo Stepan, deveu-se à criação de um sistema interligado envolvendo ciência básica e aplicada; treinamento e emprego de cientistas; produção e consumo de conhecimentos científicos dentro do Brasil. Portanto, a chave para a ciência bem sucedida e produtiva no mundo industrial estaria, em sua perspectiva, na criação de um sistema de pesquisa científica, sustentada por um fluxo de ideias e informações vinculadas a um fim básico de aplicação.<sup>140</sup>

O novo estatuto permitiu ao Instituto de Manguinhos criar filiais em outras regiões do país, bem como prestar serviços de profilaxia e pesquisa a entidades públicas e privadas. Muitas dessas filiais e prestações de serviços foram criadas e realizadas respectivamente antes da aprovação do projeto de lei que reestruturou o Instituto. Carlos Chagas, por exemplo, coordenou na cidade de Itatinga, interior de São Paulo, em meados de 1907 a primeira campanha antipalúdica no Brasil. Seguiu posteriormente para a Baixada Fluminense e Minas Gerais, onde seus trabalhos acabaram tomando nova direção. No princípio de 1908 passou a dedicar-se ao estudo de um inseto hematófago popularmente conhecido como barbeiro. Após longo período de investigações comunicou a descoberta da doença causada pelo *trypanosoma cruzi* na Academia Nacional de Medicina em abril de 1909. A doença de Chagas ajudou a consolidar a medicina tropical, cujos referenciais teóricos a viabilizaram, sendo importante

---

<sup>139</sup> BENCHIMOL, Jaime L. *Manguinhos do sonho à vida. A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1990, pp.18-26.

<sup>140</sup> STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

também por revelar um outro Brasil, antípoda àquele dos modernos centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro. Esse outro país, isto é, as zonas interioranas ou os sertões, passavam ao largo das políticas sanitárias do Estado e constituíam imenso desafio à ciência médica nacional e à própria difusão do capitalismo em função das doenças endêmicas que reinavam nessas áreas inóspitas.<sup>141</sup>

A despeito da reforma urbana e sanitária da Capital Federal, outros projetos assumidos por Oswaldo Cruz ficaram inconclusivos. Em razão da falta de verbas e apoio político a campanha profilática contra a tuberculose ficou paralisada; a lei da vacina obrigatória não foi regulamentada; a reforma dos serviços de saúde dos portos foi protelada e a carência de recursos inviabilizou a reestruturação da Diretoria Geral de Saúde Pública. Diante dessas adversidades o Instituto de Manguinhos passou a voltar-se cada vez mais para a profilaxia das endemias rurais promovendo uma série de *missões científicas* responsáveis por dilatar os horizontes da medicina tropical, descortinar novas doenças e expor as precárias condições de vida e saúde das populações campestres do país. Inúmeras expedições científicas do Instituto percorreram as mais diversas regiões do Brasil entre 1910 e 1912. Entre elas destaca-se a realizada por Belisário Pena e Arthur Neiva entre março a outubro de 1912. A expedição percorreu mais de sete mil quilômetros e alcançou os Estados da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás. Essas viagens produziram vasta documentação fotográfica e importantes relatórios com profundas análises sociológicas e antropológicas, fundamentando as observações realizadas por Euclides da Cunha em sua obra *Os sertões*, publicada em 1902.<sup>142</sup>

Em substância, a rampa de lançamento para a campanha sanitarista foi a publicação dos cadernos de viagem de Arthur Neiva e Belisário Pena em 1916 e o discurso proferido por Miguel Pereira (1871-1918) em 10 de outubro do mesmo ano na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde afirmou que o país era “um imenso hospital”. A ressonância de suas palavras atingiu em cheio o meio médico e político, dividindo opiniões. O mundo vivia o conturbado contexto da Primeira Guerra Mundial e no Brasil vicejavam ardorosos sentimentos nacionalistas e teorias e debates em torno de questões raciais e imigratórias. Diferentes correntes de pensamento propugnavam caminhos diversos para tentar “regenerar o país” e integrar à civilização o amplo território até então inexplorado.<sup>143</sup> Conforme observa

<sup>141</sup> BENCHIMOL, *op. cit.* pp.43-47; KROPF, Simone Petraglia. A descoberta da doença dos sertões: ciência e saúde nos trópicos brasileiros no início do século XX. In: HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antonio Augusto Passos (orgs.). *Ciência, civilização e república nos trópicos*. Rio de Janeiro: Mauad X: Faperj, 2010, pp.57-79.

<sup>142</sup> BENCHIMOL, *op. cit.* pp.50-54.

<sup>143</sup> A respeito da recepção das teorias raciais e da eugenia como movimento científico e social ver: SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-*

Nísia Trindade Lima, na Primeira República formou-se uma associação entre ideal civilizatório e incorporação dos sertões. O dualismo entre litoral e interior circunscreveu o debate sobre o sertão dentro do pensamento social brasileiro e dos projetos de construção da nacionalidade.<sup>144</sup>

A publicação dos relatórios das expedições científicas colocou na berlinda os determinismos climáticos e étnicos difundidos pelas elites como justificativa para as deficiências do homem rural. Monteiro Lobato, encampou esses argumentos, abandonando-os a partir de 1918. Nesse mesmo ano Belisário Pena publicou *Saneamento do Brasil*, denunciando os graves problemas das políticas de saúde pública do país. O problema não era mais o ambiente ou a raça, mas sim as endemias rurais, sobretudo a malária, a doença de chagas e o amarelão. Pena defendia uma ampla unificação e centralização dos serviços sanitários nacionais. Na tentativa de concretizar seu projeto ele criou ainda em 1918 a Liga Pró Saneamento. Antes da Primeira Guerra Mundial grande parte da elite política e intelectual do Brasil via na imigração europeia e miscigenação a solução, não somente para o branqueamento da “raça”, como também para a modernização do país. Com o fim do conflito, a imigração europeia tornou-se inviável. Alternativas foram propostas e a principal delas foi a reintegração dos sertões à civilização litorânea. A par disso, o presidente da República, Wenceslau Brás, criou ainda em 1918 o serviço de profilaxia rural. O movimento sanitarista acentuar-se-ia a partir da década de 1920 distinguindo-se por sua associação entre saúde pública e nacionalidade.<sup>145</sup>

Após analisar a formação de um arranjo institucional voltado para a assistência médica no país durante o século XIX e as primeiras décadas do século XX, a intenção do próximo capítulo é investigar como essa estrutura foi criada no Paraná, buscando mostrar as diferenças e limitações desse arranjo desenvolvido localmente comparado àquele proposto a nível nacional.

---

1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

<sup>144</sup> LIMA, Nísia Trindade. Missões civilizatórias da República e interpretação do Brasil. *História, ciência, saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.5, supl. jul. 1998, pp. 163-193. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701998000400010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000400010&lng=pt&nrm=iso)>.

Acessado em 31 maio 2016. Da mesma autora ver ainda: LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan, Iuperj, 1999.

<sup>145</sup> SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, pp.193-210, 1985.

## **Segundo Capítulo: *A dinâmica de assistência à saúde pública na província paranaense.***

Após analisar os arranjos institucionais sanitários montados em âmbito nacional ao longo do século XIX até o fim da década de 1910, o objetivo deste capítulo é examinar como foi implementada em nível regional, mais precisamente no Paraná, uma estrutura de assistência à saúde pública durante o recorte temporal estabelecido por esta pesquisa.

Até 1850 o Império brasileiro conferiu pouca atenção aos problemas de saúde pública. Os esforços estavam concentrados na integração territorial e expansão da hegemonia estatal. O ressurgimento da febre amarela e a chegada do cólera à costa litorânea no início da segunda metade do século XIX colocou a questão sanitária na ordem do dia. Em meio a essa conjuntura o Paraná emancipou-se da Província de São Paulo e criou sua primeira secretaria de governo em 1853. O cólera que assolou as províncias do Norte e do Nordeste motivou a formação da primeira comissão extraordinária de saúde em Paranaguá e os preparativos para a construção do lazareto da Ilha das Cobras. A primeira seção trata deste processo. Em seguida detenho minha análise em torno das finanças da província do Paraná, buscando compreender em que medida elas impactaram no desenvolvimento das políticas de saúde pública. Na terceira sessão discorro a respeito do lazareto da Ilha das Cobras procurando mostrar os contrastes em relação a outros estabelecimentos de mesma natureza vistos no primeiro capítulo.

Conforme veremos na quarta seção, os serviços de vacinação antivariólica também foram adotados no Paraná, revelando os primeiros esforços regionais de coletivização da saúde. O objetivo é demonstrar se as controvérsias e os problemas referentes à vacinação, observados em escala mais ampla, também se processaram a nível local. Por fim, na última seção, examino outra dimensão dessas políticas, as posturas municipais, adotando como modelo analítico aquelas promulgadas em 1858 pela Câmara Municipal de Paranaguá.

### *Emancipação política do Paraná e a constituição de nova organização sanitária.*

A região do atual Estado do Paraná vivenciou as primeiras tentativas de formação de um governo próprio em 1811 quando a Câmara de Paranaguá enviou seu representante, Pedro Joaquim Correia de Sá, para tratar da questão junto à Corte no Rio de Janeiro. As discussões não surtiram os resultados esperados. Dez anos mais tarde a Conjura Separatista liderada por Floriano Bento Viana empreendeu nova tentativa de emancipação, igualmente fracassada. Outros indivíduos militaram em prol da causa emancipacionista, como o tropeiro Francisco de



Paula e Silva Gomes e o coronel da Guarda Nacional, Manuel Francisco Correia Júnior. Este último chegou a manter às próprias custas um batalhão legalista durante a revolução liberal de 1842, levante que não pleiteava mudanças de caráter social, mas sim a queda do gabinete conservador e a suspensão das reformas regressistas. Nessa época os municípios que integravam a região dos atuais Estados do Paraná e Santa Catarina compunham a 5ª Comarca de São Paulo.<sup>146</sup>

No turbilhão formado após a instauração das regências, eclodiu por todo o país uma série de revoltas fomentadas em grande medida pela imprensa, principal instrumento de ação política daquela época. As facções formadas pelos liberais exaltados e pelos restauradores estavam alijadas do poder e semearam as revoltas como recurso para combater os moderados. Os levantes tiveram caráter urbano e heterogêneo no que diz respeito às suas motivações. Após a dissolução da Regência e o início do Segundo Reinado, liberais e conservadores passaram a se revezar nos gabinetes ministeriais, estratégia cuja finalidade era reduzir os conflitos entre as elites políticas.

Com a dissolução da Câmara eleita durante o Gabinete da Maioridade, os paulistas empunharam armas e iniciaram o levante liberal de 1842, exigindo a queda do gabinete conservador e a retomada das reformas progressistas. Fragilizado, o governo imperial temia uma possível aliança entre São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. A Comarca de Curitiba assumiu posição estratégica nesse contexto. Persuadidos pelo tropeiro João da Silva Machado, os curitibanos aderiram ao governo em troca da almejada elevação da Comarca à categoria de Província. Ao fim dos conflitos, o presidente da Província de São Paulo, Barão de Monte Alegre, solicitou ao Ministro do Império o cumprimento da promessa feita aos curitibanos. O projeto de criação da nova província começou a ser discutido no legislativo em 1843. Passados dez anos e sofrendo diversos entraves por parte dos deputados paulistas, contrários à medida, o projeto finalmente foi aprovado no dia dois de agosto de 1853. À frente do gabinete do Ministério do Império estava o baiano Francisco Gonçalves Martins. A Lei n. 704 que oficialmente criava a Província do Paraná foi sancionada por dom Pedro II vinte e sete dias após a aprovação do projeto. A solenidade de instalação foi realizada em Curitiba no dia 19 de dezembro daquele ano, com a posse do primeiro presidente, o também baiano Zacarias de Góes e Vasconcelos.<sup>147</sup>

A primeira secretaria da província foi criada provisoriamente no dia 20 de dezembro de 1853. As decisões tomadas ainda estavam amparadas na legislação da província de São

---

<sup>146</sup> WACHOWICZ, Ruy Christovam. *História do Paraná*. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2010, pp.137-139.

<sup>147</sup> Ibidem, pp.140-143.

Paulo. Seu regulamento foi decretado em 12 de abril de 1854. Quatro anos depois, novo regulamento repartiu a secretaria em duas seções. Eram de competência da primeira seção, entre outros assuntos, os serviços relacionados à vacinação, higiene pública, hospitais, casas de caridade, asilos e lazaretos. O quadro de funcionários compunha-se de um secretário; dois primeiros oficiais; um arquivista; dois segundos oficiais; dois amanuenses; um porteiro e um contínuo. Passados dezesseis anos, outro regulamento dividiu a secretaria, desta vez em três seções. Os serviços concernentes à saúde pública e hospitais ficaram a cargo da segunda seção. A Secretaria de Governo foi extinta em 1892, quando foi substituída pela Secretaria de Negócios do Interior, Justiça e Instrução, criada mediante a lei n. 1 de 27 de abril daquele ano.<sup>148</sup>

De acordo com o primeiro relatório produzido pelo vice-presidente da Província, Theofilo Ribeiro de Rezende, o Paraná não apresentava graves problemas sanitários, com exceção da capital Curitiba. Conforme ressaltou Rezende, a questão não dizia respeito à falta de vontade política, como poderíamos supor, mas sim à carência de recursos médicos. Em razão de uma epidemia que eclodira na província do Grão Pará (algumas pessoas acreditavam tratar-se do cólera morbos), uma das primeiras ações do novo governo foi a criação de uma comissão extraordinária de saúde na Comarca de Paranaguá, composta pelo Juiz de direito da respectiva Comarca, pelo presidente da Câmara Municipal e por um único médico estrangeiro que além de clinicar naquela cidade também fora nomeado provedor interino de Saúde do Porto. Rezende determinou ainda que a polícia local auxiliasse a Câmara Municipal no que fosse necessário. Uma verba específica foi destinada às cidades de Paranaguá e Antonina para a limpeza das ruas, praças, praias e valas.<sup>149</sup> As comissões tinham caráter extraordinário e uma vez sustada a ameaça epidêmica, eram dissolvidas. A existência de um único médico e, importante frisar, estrangeiro, também revela a incapacidade das duas únicas Faculdades de Medicina do Brasil em suprir as províncias, as municipalidades e as paróquias mais distantes com profissionais para atender as demandas sanitárias locais, problema que, *mutatis mutandis*, pode ser considerado hodierno. Afim de melhor compreender essa questão da falta de recursos financeiros e médicos, bem como, do caráter extraordinário das comissões sanitárias, vejamos em linhas gerais alguns aspectos relativos à situação das finanças do governo provincial paranaense.

<sup>148</sup> CYNTHIA, Roncaglio. *História administrativa do Paraná (1853-1947): criação, competências e alterações das unidades administrativas da Província e do Estado*. Curitiba: Imprensa Oficial/DEAP, 2000, pp.10-27.

<sup>149</sup> PARANÁ. *Relatório do Estado da Província do Paraná apresentado ao vice-presidente Henrique de Beaurepaire Rohan pelo vice-presidente Theofilo Ribeiro Rezende por ocasião de lhe entregar a administração da mesma província*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1855, pp. 2-6. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 13 de abril de 2015.

*Aspectos gerais das finanças do governo provincial do Paraná.*

A Tesouraria da Província do Paraná foi instalada em 20 de dezembro de 1853. Contava então com: um inspetor, procurador fiscal, tesoureiro, chefe da Primeira Sessão, escriturário da primeira sessão, chefe, escriturário e praticante da segunda sessão, dois oficiais da secretaria, um praticante da secretaria, porteiro e contínuo. A primeira receita foi orçada em 26:925\$600 enquanto a despesa estava em 64:552\$880, portanto com um déficit de 37:627\$280. O inspetor da tesouraria, João Caetano da Silva, sugeriu a criação de novos impostos, como a décima sobre o aluguel dos prédios que poderia render à província 10:000\$000 contos de réis anuais.<sup>150</sup>

A sugestão do inspetor indica que a Província do Paraná possuía autonomia em relação a aspectos de ordem tributária. Importante assinalar que o Ato Adicional de 1834 colocou sob responsabilidade das Assembleias Legislativas Provinciais a elaboração dos orçamentos provinciais. A iniciativa de proposição do orçamento ficou a cargo dos deputados e não mais dos presidentes. De maneira mais específica, a competência das províncias estava circunscrita aos impostos que taxavam as atividades internas e configuravam um obstáculo ao governo central em função da dificuldade de cobrança desses impostos. Muito mais rentável e de fácil arrecadação, os impostos sobre exportação e importação (comércio externo), pagos nas alfândegas, continuaram a ser recolhidos pelo governo central. A Lei de Interpretação do Ato Adicional de 1840 manteve a autonomia tributária das províncias. Entretanto, apesar do Ato Adicional ter conferido autonomia às províncias, a centralização prevaleceu em relação aos municípios. A competência tributária estabelecida pelo Ato Adicional dividiu os rendimentos entre o governo central e as províncias, cabendo aos municípios uma parcela insignificante. As Câmaras Municipais precisavam recorrer ao governo da província para satisfazer praticamente todas as suas necessidades.<sup>151</sup> “Ao Legislativo municipal não era permitida, por exemplo, sequer a contratação de um empregado sem a devida autorização da Assembleia”.<sup>152</sup>

Entre 1855 e 1856 graves surtos epidêmicos atingiram cidades da região Nordeste, Sudeste e Sul do país. No Paraná o ano financeiro de 1856-1857 contabilizou uma receita de

<sup>150</sup> SILVA, João Caetano da. Tesouraria da Província do Paraná. In: Documentos a que se refere o relatório do presidente da Província do Paraná na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de julho de 1854. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. M. Lopes, 1854.

<sup>151</sup> DOLHNIKOFF, Miriam. *O pacto imperial: origens do federalismo no Brasil do século XIX*. São Paulo: Globo, 2005, pp.157-200.

<sup>152</sup> Ibidem, p.201.

282:524\$017 contos de réis, por sua vez as despesas fecharam em 283:813\$721. Entretanto, os maiores gastos foram com estradas com barreiras; estrada da Matta e outras; obras públicas; administração e arrecadação das rendas. A saúde pública não foi mencionada de forma específica no relatório, pois esses serviços estavam a cargo das seções da Secretaria do Governo, cujas despesas totalizaram 6:559\$871 contos de réis. A única referência direta a serviços de saúde dizia respeito a “sustento, curativos dos presos pobres” onde os gastos fecharam em 3:712\$250 contos de réis.<sup>153</sup> No ano financeiro de 1858-1859 a saúde pública também não foi citada de forma explícita, mas os gastos com a Secretaria do Governo foram maiores, alcançando o total de 13:020\$000 contos de réis, ou seja, 50% a mais que o exercício 1856-1857.<sup>154</sup>

Boa parte das despesas das províncias era efetuada com infraestrutura. Investia-se em infraestrutura, isto é, redes viárias e, mais tarde, ferrovias, com o intuito de expandir a economia. No Paraná a principal preocupação por parte dos grupos dirigentes ao longo da segunda metade do século XIX estava concentrada no porto de Paranaguá, na construção da ferrovia que ligaria aquela cidade à capital, Curitiba, e nas reformas da Estrada da Graciosa, que ligava o litoral ao primeiro planalto. Esses investimentos relacionavam-se de forma direta com o comércio da erva-mate, madeira e o tráfico de escravos. Portanto, transporte e comunicações constituíam as principais aplicações e despesas das províncias.<sup>155</sup> No tocante às despesas do governo central, a partir da segunda metade do século XIX elas estiveram direta ou indiretamente vinculadas a interesses agrários. Uma vez consolidadas as bases do poder imperial, o governo concentrou esforços em promover o desenvolvimento econômico do país. Segundo José Murilo de Carvalho, esse esforço estava direcionado para a ampliação das vantagens da economia de exportação, sobretudo o café. Nesse aspecto destacava-se principalmente a construção de estradas de ferro cuja disponibilidade de recursos externos, provenientes em larga medida da Inglaterra, era abundante. Os gastos com imigração e educação foram modestos. Já em relação à saúde pública os gastos variaram de acordo com a manifestação dos surtos epidêmicos. Conforme assinala Carvalho, disputas médicas e falta de recursos dificultavam a ação do poder público nessa área.<sup>156</sup>

<sup>153</sup> Relatório do presidente da Província do Paraná Francisco Liberato de Mattos na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 7 de janeiro de 1858. Curitiba: Tipografia Paranaense de Cândido Martins Lopes, 1858.

<sup>154</sup> Relatório do presidente da Província do Paraná Francisco Liberato de Mattos na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 7 de janeiro de 1859. Curitiba: Tipografia Paranaense de Cândido Martins Lopes, 1859.

<sup>155</sup> DOLHNIKOFF, Miriam. *op. cit.*, pp.158-159.

<sup>156</sup> CARVALHO, José Murilo de. *A construção da ordem: a elite política imperial. Teatro de sombras: a política imperial*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013, pp.273-286.

Na década de 1870 os relatórios referentes às receitas e despesas do governo da Província do Paraná passaram a elencar os gastos por ministérios e não mais por pastas. No ano financeiro de 1876-1877 os maiores gastos corresponderam respectivamente aos seguintes ministérios: Agricultura, Fazenda, Guerra, Justiça, Marinha e Império (responsável, entre outros, pelas inspetorias de saúde dos portos). A receita total contabilizou 355:224\$938 contos de réis enquanto a despesa total atingiu 1.163:610\$330 contos de réis. No relatório ainda há referência a outras fontes de receitas e despesas como, por exemplo, depósitos, operações de crédito e movimentação de fundos. Durante o exercício 1877-1878, quando um surto de febre amarela eclodiu em Paranaguá, as despesas do Ministério do Império foram de 47:631\$905 contos de réis, 56% a mais que o exercício anterior. A receita total fechou em 403:424\$477 contos de réis e as despesas em 2.767:841\$036 contos de réis. Considerando somente as receitas e despesas totais o déficit foi de 2.364:416\$559 contos de réis.<sup>157</sup> Em 1885, quando o cólera ameaçou novamente se manifestar no Paraná, a receita comum e extraordinária totalizou 526:973\$399 contos de réis. Por sua vez, a despesa comum e extraordinária somou 719:227\$957 contos de réis. Naquele ano as despesas voltaram a ser especificadas de acordo com pastas. Os maiores gastos ocorreram respectivamente nas seguintes pastas: dívida passiva; obras públicas; instrução pública; arrecadação de rendas; força pública. A Secretaria do Governo apresentou uma despesa semelhante ao do ano financeiro de 1858-1859, isto é, 13:927\$400 contos de réis.<sup>158</sup>

Os dados referentes aos gastos com saúde pública no Paraná oitocentista são bastante fragmentários, entretanto possibilitam entrever a constância dos déficits nas contas públicas do governo provincial e oscilações nas despesas realizadas com a Secretaria do Governo, responsável por serviços como vacinação, higiene pública, hospitais, casas de caridade, asilos e lazaretos. Diversas razões podem ter contribuído para tais oscilações, como por exemplo, epidemias ou ainda disputas entre grupos ligados à indústria do mate e à pecuária nos Campos Gerais pelo controle da distribuição dos recursos públicos. Durante o exercício 1858-1859 os gastos com a Secretaria do Governo foram mais do que o dobro dos gastos efetuados durante o exercício 1856-1857, quando Paranaguá enfrentou um surto de febre amarela. Por outro lado, conforme visto acima, no ano financeiro de 1877-1878, quando outro surto de febre

<sup>157</sup> Relatório com que o Exm. Sr. Dr. Rodrigo Otávio de Oliveira Menezes passou a administração da Província ao primeiro vice-presidente Exm. Sr. Conselheiro Jesuino Marcondes de Oliveira e Sá no dia 31 de março de 1879. Curitiba: Tipografia Perseverança, 1879.

<sup>158</sup> Exposição com que S. Ex. o Sr. Dr. Alfredo D'Escagnolle Taunay passou a administração da Província do Paraná ao Exm. Sr. Dr. Joaquim de Almeida Faria Sobrinho, Primeiro Vice-Presidente a 3 de maio de 1886. Curitiba: 1886.

amarela fustigou a população de Paranaguá, os gastos com a pasta do Ministério do Império aumentaram consideravelmente em relação aos anos financeiros anteriores.

Conforme observa Dolhnikoff, muitas demandas relacionadas às províncias não podiam ser atendidas em função da insuficiência de recursos. A autora ainda afirma que os déficits também atingiam o governo central e tinham como explicação o resultado da estrutura econômica do Império, dependente quase que exclusivamente da agricultura de exportação.<sup>159</sup> Carvalho, por sua vez, argumenta que os déficits cresceram e se tornaram constantes sobretudo após a Guerra do Paraguai (1864-1870): “Raramente ministério novo tomava posse sem prometer lutar pelo equilíbrio orçamentário [...] Grande parte dele (95%) se deveu aos gastos extraordinários com revoltas internas, com as guerras externas e com desastres naturais como secas e epidemias.”<sup>160</sup>

No orçamento para as despesas do ano financeiro 1849-1850 da província do Rio de Janeiro, estavam previstos 47:120\$000 contos de réis para a pasta “Saúde e caridade pública”.<sup>161</sup> Diferente do Paraná, o quadro de despesas daquela província contava com uma pasta específica para a área da saúde pública. Ainda que os maiores gastos estivessem orçados para pagamentos de juros, amortização de empréstimos e gratificações, o montante destinado para a saúde no Rio de Janeiro foi quase o dobro das despesas efetuadas pelo Ministério do Império no Paraná durante o exercício 1876-1877. Em 1856 o orçamento para a província do Rio de Janeiro ainda previa despesas com a pasta “Saúde e caridade pública”. Naquele ano o total orçado foi de 45:920\$000 contos de réis.<sup>162</sup> Na epidemia de cólera que atingiu o Rio de Janeiro nos anos 1855-1856 o governo da Província gastou quase 500:000\$000 para socorrer as vítimas. Esse montante foi gasto com gratificação de médicos, boticários e enfermeiros; ajuda de custo e transporte a médicos e boticários; medicamentos; sepultamentos; esmolas; roupas e outros artigos distribuídos aos indigentes.<sup>163</sup> Essa enorme quantia gasta em uma única quadra epidêmica daria para manter a pasta “Saúde e caridade pública” por quase um

<sup>159</sup> DOLHNIKOFF, Miriam. *op. cit.*, p.160.

<sup>160</sup> CARVALHO, José Murilo de. *op.cit.*, p.266.

<sup>161</sup> BARROS, Narcizo Xavier. Orçamento da receita e despesa da Província do Rio de Janeiro para o ano financeiro de 1849 a 1850. In: Relatório do presidente da Província do Rio de Janeiro o doutor Luiz Pedreira do Couto Ferraz, na abertura da 2ª sessão da 7ª legislatura da Assembleia Provincial, no dia 1º de março de 1849. Acompanhado do orçamento da receita e despesa para o ano financeiro de 1849 a 1850. Rio de Janeiro: Tipografia do Diário de N. L. Vianna, 1849.

<sup>162</sup> D’ALMEIDA, Francisco Antonio. Orçamento da receita e despesa da Província do Rio de Janeiro para o ano financeiro de 1856. In: Relatório do vice-presidente da Província do Rio de Janeiro o doutor Joé Ricardo de Sá Rego, na abertura da 2ª sessão da 10ª legislatura da Assembleia Provincial, no dia 1º de março de 1850. Acompanhado do orçamento da receita e despesa para o ano financeiro de 1856. Niterói: Tipografia de Quirino & Irmão, 1855.

<sup>163</sup> Relatório apresentado à Assembleia Legislativa provincial do Rio de Janeiro na 1ª sessão da 11ª legislatura pelo vice-presidente da província o conselheiro Antonio Nicolas C. Niterói: Tipografia da Pátria de C. B. de Moura, 1856.

ano. Isso relativiza o argumento da falta de recursos, mas por outro lado ajuda a reforçar a interpretação segundo a qual as ações sanitárias do poder público durante o Império foram restritas.

De modo geral, apesar do vigor da economia de algumas províncias, não havia ainda um investimento permanente e sistemático em saneamento, habitação e pesquisa médica. No Brasil, a saúde pública já estava institucionalizada no século XIX, mas o seu raio de ação e abrangência só se ampliou, ramificando-se para as zonas interioranas do país, a partir do final da década de 1910. Isso de forma alguma significa que anteriormente as medidas sanitárias fossem ineficazes, pois como veremos adiante e nos próximos capítulos, elas estavam em consonância com o conhecimento médico vigente na época, muito embora os recursos tecnológicos de caráter médico-científico estivessem concentrados nas províncias mais importantes do ponto de vista político e econômico.

Ponto bastante sensível das políticas de saúde pública do período imperial, os déficits estiveram presentes em todos os níveis da estrutura público-administrativa, isto é, central, provincial e municipal. No Paraná, em maio de 1859 o presidente da Província, José Francisco Cardoso, lamentava o estado “pouco lisonjeiro” das finanças da Província. Naquele ano, Cardoso afirmou que havia previsão de um déficit de aproximadamente 50:524\$612 contos de réis. O município de Chapecó ainda não tinha enviado suas contas. Cardoso supunha que elas totalizariam 25:000\$000. Caso isso se concretizasse o déficit ficaria reduzido em 18:750\$000. O ano fiscal encerrava em julho, portanto restavam ainda dois meses. Caso não ocorresse nenhuma despesa extraordinária e a arrecadação seguisse regularmente nesses dois meses, poderia não haver déficit. No entanto, o governo cortou várias despesas, inclusive com obras da Estrada da Graciosa. Segundo Cardoso a força policial estava incompleta, assim como o quadro de funcionários da instrução pública. Isso diminuiria a despesa e permitiria a aplicação das rendas para outros fins, todavia, o presidente julgava que isso ainda não era suficiente para evitar os déficits. Importante ressaltar que estradas constituíam um dos principais investimentos das províncias durante o Império. Elas eram cruciais não apenas para o escoamento e circulação de mercadorias e pessoas como também para a consolidação do Estado Nacional, uma vez que levavam a autoridade estatal representada por seus funcionários aos mais diversos e profundos rincões desse país, onde o governo central tinha dificuldades em se fazer presente.

Em síntese, a prioridade de muitos governos provinciais foi a construção de estradas e ferrovias. No Paraná, se os cortes atingiram esse setor (tido como crucial para a economia regional), bem como a instrução e força pública, natural que a saúde também fosse afetada.

Entretanto, essa prioridade poderia ser revista e até mesmo direcionada para outras áreas em função das relações de poder estabelecidas entre os grupos que controlavam esses recursos. Em relação ao déficit a previsão de José Francisco Cardoso parece ter sido concretizada, pois o exercício 1858-1859 legou uma dívida passiva de 20:000\$000 contos de réis para o exercício posterior (1859-1860) cuja previsão de novo déficit era de 40:000\$000 contos de réis.<sup>164</sup> Abaixo apresento um quadro da receita orçada e arrecadada e da despesa fixada e paga durante a década de 1860 para a província do Paraná:

*Quadro da receita orçada e arrecadada e da despesa fixada e paga nos tres ultimos triennios de 1860 a 61 e 1868 a 69.*

<i>Receita.</i>		
Exercícios	Orçada	Arrecadada
1860 á 61.	233:871\$000	304:315\$076
1861 á 62.	303:688\$832	290:409\$831
1862 á 63.	307:723\$000	177:249\$083
1863 á 64.	210:593\$083	222:625\$236
1864 á 65.	274:873\$000	188:900\$120
1865 á 66.	247:929\$747	309:308\$523
1866 á 67.	274:060\$591	311:882\$739
1867 á 68.	275:211\$560	468:473\$679
1868 á 69.	333:497\$399	530:008\$822

<i>Despesa.</i>		
Exercícios	Fixada	Paga
1860 á 61.	237:238\$911	211:124\$931
1861 á 62.	324:478\$300	283:130\$452
1862 á 63.	329:382\$547	212:348\$718
1863 á 64.	260:593\$083	178:866\$788
1864 á 65.	307:942\$868	214:030\$946
1865 á 66.	247:729\$747	290:118\$137
1866 á 67.	274:060\$591	269:355\$283
1867 á 68.	275:211\$560	285:886\$967
1868 á 69.	333:497\$399	335:858\$391

Fonte: Relatório apresentado à Assembleia Legislativa do Paraná na abertura da 1ª sessão da 9ª legislatura pelo presidente Antonio Luiz Affonso de Carvalho no dia 15 de fevereiro de 1870. Curitiba: Tipografia de Cândido Martins Lopes, 1870.

Conforme o quadro acima, durante a década de 1860 a província do Paraná contou com saldo em seis anos financeiros e déficit em apenas três: 1861-1862; 1862-1863; 1864-1865. O déficit do ano 1862-1863 coincidiu com um surto de varíola que atingiu a cidade de Paranaguá. Conforme visto anteriormente, as finanças da província paranaense, consideradas as receitas e despesas totais, comuns e extraordinárias, também apresentaram déficits nas

<sup>164</sup> Relatório apresentado à Assembleia Legislativa da Província do Paraná na abertura da 1ª sessão da 4ª legislatura pelo presidente José Francisco Cardoso no dia 1º de março de 1860. Curitiba: Tipografia Paranaense de Cândido Martins Lopes, 1860.



quadras epidêmicas de 1877-1878 e durante a ameaça de surtos de cólera em 1885-1886. Por sua vez, os anos financeiros de 1870 a 1873 também amargaram déficits. O exercício de 1870-1871 fechou negativo em 51:056\$351 contos de réis.<sup>165</sup> Já os anos financeiros de 1871-1872 e 1872-1873 apresentaram respectivamente déficits de 144:259\$520 contos de réis e 448:490\$760 contos de réis, ou seja, diferenças bastante significativas.<sup>166</sup> Portanto, se considerarmos as receitas e despesas da província paranaense de 1860 a 1873 teremos um equilíbrio, isto é, seis anos financeiros com saldos e seis com déficits. Apesar da falta de recursos as elites políticas priorizavam investimentos em setores considerados cruciais para o desenvolvimento econômico da província e do país, deixando entrever como a aplicação desses recursos dependia de consensos formados a partir das relações humanas e de poder estabelecidas entre os grupos dirigentes que atuavam no âmbito da municipalidade e dos governos estadual e central.

De acordo com o relatório de Frederico José Cardoso de Araújo Abranches a situação financeira da província do Paraná era deplorável. As principais fontes de receitas estavam sofrendo forte decréscimo e os recursos do erário provincial eram suficientes apenas para o pagamento de pessoal e serviços ordinários. Em contrapartida, conforme assinala Araújo Abranches, as necessidades da província aumentavam em velocidade galopante. As estradas estavam em estado lastimável e os municípios pressionavam por melhoramentos, certamente de caráter urbano. As matrizes exigiam reparos e a administração não tinha recursos para atender tais demandas. Araújo Abranches não cogitava a contratação de novo empréstimo para tentar sanar as finanças provinciais. Em sua opinião seria mais sensato, ainda que vexatório, aumentar e decretar novos impostos e eliminar as verbas de utilidade secundária. Chama atenção a seguinte afirmação por parte de Araújo Abranches: “O exagero de algumas verbas de receita tão somente para justificar a satisfação de novos serviços de despesa é um fato frequente e que deve ser banido”.<sup>167</sup> Assim, não se descarta a possibilidade de alteração ou “maquiagem” dos relatórios financeiros com a finalidade de ajustar as receitas às despesas efetuadas. Nesse aspecto, as referências nos relatórios a depósitos, operações de crédito e movimentação de fundos talvez fossem subterfúgios para tentar, ao menos no plano teórico, equilibrar e fechar os anos financeiros sem déficits. No Rio Grande do Sul, durante

<sup>165</sup> Relatório com que o Exm. Sr. Presidente Dr. Venâncio José de Oliveira Lisboa abriu a 1ª sessão da 10ª legislatura da Assembleia Legislativa Provincial do Paraná no dia 15 de fevereiro de 1872. Curitiba: Tipografia da viúva e filhos de C. M. Lopes, 1872.

<sup>166</sup> Relatório com que o Exm. Sr. Dr. Frederico José Cardoso de Araújo Abranches abriu a 1ª sessão da 11ª legislatura da Assembleia Legislativa Provincial no dia 15 de fevereiro de 1874. Curitiba: Tipografia da Viúva Lopes, 1874.

<sup>167</sup> Idem.

praticamente o mesmo período (1859-1871), as finanças da província apresentaram déficits em cinco exercícios, conforme o quadro abaixo:

## PROVINCIA DE SÃO PEDRO DO RIO GRANDE DO SUL

QUADRO DA RECEITA E DESPEZA PROVINCIAL DESDE O ACTO ADDICIONAL ATÉ O ANNO DE 1871

EXERCÍCIOS	RECEITA		DESPEZA		DEFICIT	SALDO	DIFFERENÇA DA REC. ORÇ. PARA A ARREC.		DIFFERENÇA DA DESP. ORÇ. PARA A EF.FEC.		OBSERVAÇÕES
	ORÇADA	ARRECADADA	ORÇADA	EFFECTUADA			PARA MAIS	PARA MENOS	PARA MAIS	PARA MENOS	
1837—1838	220.820\$000	95.065\$449	212.574\$900	72.992\$398		22.953\$051		121.874\$551		130.582\$502	De Junho de 1837 a Junho de 1838
1838—1839		106.755\$451		130.791\$863	21.036\$412						
1839—1840		185.771\$971		110.023\$418							
1840—1841		183.668\$509		151.220\$211							
1841—1842		262.578\$157		187.987\$888							
1842—1843		278.103\$414		188.598\$779							
1843—1844		371.468\$450		238.857\$049							
1844—1845		512.706\$832		332.962\$272							
1845—1846		494.902\$027		426.769\$072							
1846—1847	885.782\$000	605.235\$513	885.782\$000	504.124\$323		101.111\$190		280.546\$487		381.657\$677	De Junho de 1846 a Junho de 1847
1847—1848	885.782\$000	600.041\$220	854.987\$845	696.091\$295	96.050\$075			255.740\$780		158.896\$550	" " 1847 " 1848
1848—1849	811.871\$660	562.758\$732	811.871\$660	680.713\$656	117.954\$024			249.112\$928		131.158\$004	" " 1848 " 1849
1849—1850	910.561\$590	509.372\$525	740.632\$080	398.194\$274		111.178\$254		401.188\$862		342.437\$806	" " Dezembro de 1849
1850		455.280\$695		612.137\$112	172.189\$593			15.333\$576	415.040\$072		a Janeiro " 1850
1851	573.460\$000	509.540\$229	569.360\$114	542.470\$408	32.930\$177			63.919\$771		26.886\$708	" " " 1851
1852	533.000\$000	642.314\$822	683.198\$576	578.396\$049		63.918\$773	100.314\$822			104.802\$527	" " " 1852
1853	507.210\$000	565.666\$259	560.923\$804	551.593\$224		14.063\$035	58.445\$250			9.330\$580	" " " 1853
1854	650.000\$000	605.737\$023	660.758\$688	565.122\$078		40.614\$945		44.202\$977		95.636\$610	" " " 1854
1855	565.841\$665	713.851\$898	720.929\$914	736.062\$874	22.210\$070				15.132\$060		" " " 1855
1856	687.164\$000	837.936\$920	846.926\$306	760.778\$846		77.158\$080				86.147\$460	" " " 1856
1857	726.444\$000	1.039.549\$131	1.241.924\$265	1.294.261\$496	244.712\$307					313.165\$131	" " " 1857
1858	874.360\$000	911.302\$417	1.357.990\$664	1.108.231\$230	196.928\$513					42.337\$233	" " " 1858
1859	437.180\$000	440.351\$037	573.780\$677	475.909\$972	35.418\$935					28.942\$417	" " " 1859
1859—1860	844.319\$342	1.007.005\$446	868.709\$208	1.000.526\$730		7.078\$716	163.286\$104		131.757\$522	240.759\$431	a Janeiro a Junho de 1859
1860—1861	795.070\$000	815.332\$886	866.536\$048	851.189\$077	35.856\$211					97.816\$705	" Junho de 1859 a Junho de 1860
1861—1862	842.050\$000	950.872\$444	1.121.621\$325	933.845\$467		17.026\$977	108.822\$444			15.246\$971	" " 1860 " 1861
1862—1863	927.020\$704	864.999\$721	1.037.461\$615	899.990\$918	14.991\$187					187.775\$858	" " 1861 " 1862
1863—1864	906.000\$000	923.174\$321	982.536\$551	945.909\$709	22.795\$488			62.020\$973		137.470\$897	" " 1862 " 1863
1864—1865	857.690\$000	957.505\$344	877.474\$000	834.408\$550						36.566\$842	" " 1863 " 1864
1865—1866	883.120\$000	1.015.952\$470	877.474\$000	981.108\$319		123.095\$794				43.064\$450	" " 1864 " 1865
1866—1867	946.480\$000	1.109.440\$152	1.250.240\$249	950.400\$767		34.844\$151				299.779\$482	" " 1865 " 1866
1867—1868	938.600\$000	1.194.288\$297	1.291.380\$580	1.052.775\$206		169.979\$385				148.005\$354	" " 1866 " 1867
1868—1869	1.000.000\$000	1.361.804\$523	1.201.380\$580	1.357.008\$530		141.493\$001				155.028\$970	" " 1867 " 1868
1869—1870	1.080.190\$000	1.472.367\$263	1.648.991\$440	1.708.227\$983	235.800\$420					59.236\$243	" " 1868 " 1869
1870—1871	1.229.300\$000	1.597.332\$898	1.648.991\$440	2.109.693\$762	512.359\$804					400.702\$322	" " 1869 " 1870

N. B. — O calculo não é feito desde o acto adicional porque nesta directoria não existem dados para esse effeito. — Primeira secção da directoria geral da fazenda provincial em Porto Alegre, 9 de Outubro de 1872. — O 2º official, *Norberto Antonio Vasques*. — Conforme. — *Rosa*.

Fonte: Relatório com que o Exm. Sr. Dr. José Fernandes da Costa Pereira Junior presidente desta Província passou a administração da mesma ao Exm. Sr. Dr. João Pedro Carvalho de Moraes no dia 1 de dezembro de 1872. Porto Alegre: Tipografia do Constitucional, 1873.

Paraná e Rio Grande do Sul não foram os únicos a sofrer com déficits. Em São Paulo o exercício 1867-1868 apresentou renda de 1.593:852\$929 contos de réis e despesas no valor de 1.622:193\$313 contos de réis. Em 1870-1871 as finanças paulistas apresentaram novamente saldo negativo. As rendas fecharam em 1.420:097\$635 contos de réis enquanto que as despesas atingiram 2.225:132\$664 contos de réis.<sup>168</sup>

Em síntese, o quadro de receitas e despesas da província do Paraná analisado neste capítulo deixou evidente que a saúde pública não era prioridade do governo paranaense, ainda mais quando esse mesmo quadro revelou os constantes déficits enfrentados pela província do

<sup>168</sup> Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial de São Paulo pelo presidente da Província o Exm. Sr. Dr. José Fernandes da Costa Pereira Junior em 2 de fevereiro de 1872. São Paulo: Tipografia Americana, 1871.

Paraná. Nos relatórios não foram identificados sequer verbas destinadas aos serviços de vacinação antivariólica. Entretanto, durante os períodos das principais ameaças e eclosões de surtos epidêmicos os relatórios apresentaram oscilações (déficits), porém, as fontes não revelaram de maneira pormenorizada se e como foram realizados os gastos com o atendimento de vítimas e ações preventivas. Entrementes, a revelação de um novo conjunto de fontes referentes ao orçamento e finanças dos municípios, sobretudo Paranaguá, talvez possa iluminar esses pontos obscuros e abrir novos caminhos na interpretação e análise dos recursos destinados à saúde no Paraná oitocentista. Não obstante, é possível afirmar que os déficits existiam e não constituíam prerrogativa da província paranaense. Por outro lado, não constituíam um problema impossível de ser contornado, uma vez que a destinação de recursos dependia do consenso formado entre os grupos políticos local, provincial e central.

Além da Secretaria do Governo e da Tesouraria da Província do Paraná, outras medidas igualmente importantes foram adotadas pelo novo governo. Uma delas diz respeito a uma comissão composta pelo delegado de polícia, provedor de Saúde e o engenheiro civil Villalva, com o objetivo de designar o local apropriado para a construção de um lazareto, um depósito para cargas e uma casa para abrigar pessoas consideradas sãs, oriundas de navios infectados ou suspeitos.

#### *Lazareto da Ilha das Cobras.*

Em relatório o vice-presidente da província do Paraná, Theofilo Ribeiro Rezende, informou que a comissão formada para escolher o melhor local para a construção de um lazareto já havia cumprido com sua missão. Os locais já estavam definidos e os orçamentos realizados. Francisco José Pinheiro, empregado da alfândega, ficou responsável por administrar as obras. Tais medidas, na opinião do vice-presidente, ainda não seriam suficientes para resolver os problemas de saúde que afligiam a população do litoral, da capital e do interior da província, onde as condições materiais precárias e muitas vezes inexistentes, aliada à crônica falta de médicos, casas de caridade, hospitais e boticas, agravavam ainda mais a situação.<sup>169</sup>

Transcorridos um ano e meio da emancipação política do Paraná, uma epidemia de cólera atingiu a província do Pará deixando em estado de alerta a população e as autoridades

---

<sup>169</sup> PARANÁ. *Relatório do Estado da Província do Paraná apresentado ao vice-presidente Henrique de Beaurepaire Rohan pelo vice-presidente Theofilo Ribeiro Rezende por ocasião de lhe entregar a administração da mesma província*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1855, pp. 2-6. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 13 de abril de 2015.

paranaenses.<sup>170</sup> A principal medida de impacto adotada no âmbito da higiene pública foi a decisão de construir um lazareto na Ilha das Cobras, distante três léguas (aproximadamente doze quilômetros) de Paranaguá. O vice-presidente da Província do Paraná, Theófilo Ribeiro de Resende, nomeou em 11 de agosto de 1855 uma comissão composta pelo delegado de Polícia de Paranaguá, pelo provedor de Saúde do porto e por um engenheiro civil para demarcar, na ilha, o local onde seria construído o hospital, que contaria ainda com uma casa destinada à quarentena de passageiros e alojamento de mercadorias. Ambos os prédios ficariam em uma parte da ilha denominada “Ponta do Corvo”. No dia 31 de agosto o governo abriu licitação para as obras. Como nenhum interessado compareceu, o mesmo acabou se responsabilizando por elas, ficando sua fiscalização a cargo do escriturário da Alfândega de Paranaguá, Francisco José Pinheiro.<sup>171</sup>

Segundo a comissão, o lazareto teria 50 palmos de frente (aproximadamente onze metros) por 40 de fundo (aproximadamente nove metros), porém, Pinheiro sugeriu que fossem acrescentados mais 25 palmos de frente (em torno de 6 metros) para que as enfermarias fossem mais amplas, sugestão aceita pelo vice-presidente da Província do Paraná.<sup>172</sup> A obra, custeada pelo Ministério do Império, foi orçada em 3:484\$160 contos de réis. Em 22 de dezembro de 1855, Francisco José Pinheiro informou ao governo da Província que as obras estavam concluídas, restando fazer apenas alguns aterramentos e a caiação das paredes. Após a conclusão das obras, o edifício ficou sob a responsabilidade de José Francisco de Abrantes, morador da ilha.<sup>173</sup>

A compra da Ilha das Cobras, que pertencera a José Pereira Malheiros, foi autorizada no ano de 1857, contudo, somente dois anos depois o vice-presidente da Província do Paraná, Luiz Francisco da Camara Leal, efetivou a transação, persuadido pelo inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá, Alexandre Bousquet, que temia uma epidemia de febre amarela na Comarca de Paranaguá.<sup>174</sup> O valor pago a Malheiros fora um conto e meio de réis, quantia

<sup>170</sup> A respeito da incursão do cólera pelas províncias do Norte e Nordeste do Brasil em 1855 e 1856 ver: PERNAMBUCO. *Relatório do estado sanitário da Província de Pernambuco no ano de 1856 apresentado pela Comissão de Higiene Pública da mesma*. Pernambuco: Tipografia D.F. Faria, 1857.

<sup>171</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado pelo governo da Província do Paraná ao Ministro e Secretário de Estado e Negócios do Império, Marquês de Olinda. Rio de Janeiro, 1857.

<sup>172</sup> Idem.

<sup>173</sup> PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Paraná no dia primeiro de março de 1856 pelo vice-presidente em exercício Henrique de Beaurepaire Rohan*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1856, pp. 12-17. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 17 de junho de 2015.

<sup>174</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO B5 SÉRIE MARINHA XM 54. Relatório do estado da Província do Paraná de 1859 apresentado ao presidente, José Francisco Cardoso, pelo vice-Presidente, Luiz Francisco da Camara Leal, por ocasião de lhe entregar a administração da mesma Província. Rio de Janeiro, 1859, p.3.

desproporcional se comparada aos valores gastos na construção dos prédios, aproximadamente quatro contos de réis. A despeito disso, assim que os trâmites relativos à posse da propriedade foram concluídos decretou-se a proibição de moradores no local, com exceção dos empregados do lazareto. A ilha, com perímetro de meia légua (3,5Km) dispunha de água potável abundante além de um ótimo solo para o cultivo sistemático de vegetais, fatores importantes e que sem dúvida, influenciaram na decisão do governo. Decisiva também foi a consciência expressada pelas elites provinciais em relação aos problemas de higiene pública decorrentes das relações de interdependência estabelecidas por cidades portuárias como Paranaguá e, nesse aspecto, a necessidade de solucioná-los ou minimizá-los, uma vez que o porto de Paranaguá era a espinha dorsal da economia paranaense:

V. Ex. sabe que, pelo fácil contato em que se acha a cidade de Paranaguá com as demais do litoral e, além disso, pelas relações que entretém com diversos portos estrangeiros, é muito possível a importação de moléstias epidêmicas que infelizmente têm assolado o país nos últimos anos. A bexiga ali tem grassado, mais de uma vez, e um outro caso de cólera também se tem experimentado. Assim, urgia a construção de um lazareto, onde fossem recolhidos os atacados de semelhante mal.<sup>175</sup>

O receio em relação à possibilidade de o cólera tocar a costa litorânea do Paraná forçou a tomada de decisão em torno da construção do lazareto, assim como a compra da Ilha das Cobras em 1859 foi acertada diante da iminência de uma eclosão epidêmica de febre amarela. Sem a pressão ou ameaça de algum tipo de surto pestilencial o governo permanecia inerte em relação aos problemas de higiene pública. E mesmo quando pressionado suas ações resultavam em medidas provisórias e extraordinárias e, no caso do lazareto, incompletas e precárias. Não havia políticas preventivas em razão de diversos fatores, entre eles o fato de a saúde não ser considerada àquele tempo área estratégica para o desenvolvimento econômico. Em relação ao Paraná existia ainda o agravante do mito da salubridade climática. Neste caso, fatores ambientais locais justificavam, na opinião de alguns médicos e autoridades políticas, a ausência de determinadas moléstias. Por outro lado, o presidente da Província do Paraná, José Francisco Cardoso, compreendia as manifestações de diferentes doenças epidêmicas no Paraná como consequência direta dos contatos estabelecidos entre o porto de Paranaguá e diversas regiões estrangeiras e nacionais o que, em sua opinião, facilitava a importação desses males. Ou seja, o problema era a interdependência entre os portos nacionais e internacionais e

<sup>175</sup> PARANÁ. *Relatório que o Exm. Sr. Dr. José Francisco Cardoso apresentou ao Exm. Sr. Dr. Antonio Barbosa Gomes Nogueira por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná*. Curitiba: Tipografia do Correio Oficial, 1861, p.9. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 17 de junho de 2015.

não se admitia que a origem das moléstias pudesse também estar relacionada com aspectos de ordem climática e/ou ambiental local ou vinculada ao saneamento do porto e do espaço urbano. Para alguns segmentos das elites políticas e médicas daquele tempo, as condições de salubridade da província paranaense eram satisfatórias, concepção inclusive corroborada posteriormente por autores como Márcia Teresinha Andreatta Dalledone.<sup>176</sup> Porém, o mito da salubridade paranaense não se sustenta, uma vez que a realidade ecológica e/ou ambiental de Paranaguá na segunda metade do século XIX era considerada desfavorável do ponto de vista das teorias higienistas em voga naquele contexto. Durante as marés baixas, o leito do rio Itiberê deixava exposta uma extensa planície de lama de onde, segundo os saberes da época, exalavam vapores mefíticos que tornavam o ar insalubre. Matas, charcos, pântanos, mangues e, sobretudo, as águas estagnadas, quando submetidos aos raios solares, também contribuíam para as fermentações pútridas. Não podemos esquecer que as fontes primárias ainda indicam despejos de matérias fecais e outros tipos de dejeções na orla da praia situada defronte à cidade. Outro aspecto que contribuía para exponencializar os problemas de saúde, era a falta de coleta e abastecimento generalizados de água e esgoto. A tentativa por parte de José Francisco Cardoso de imputar a culpa a fatores externos pode ser comparada ainda com os argumentos construídos pela comunidade científica e política das repúblicas da Argentina e do Uruguai que, na disputa pela mão-de-obra de imigrantes europeus atribuíam ao Brasil a alcunha de “túmulo de imigrantes”.<sup>177</sup> Subjacente a essas críticas expressadas tanto por Cardoso como pelas elites da região do Prata, é possível entrever a existência de um sentimento de pertença a uma suposta origem “racial” em comum com as sociedades da Europa ocidental. Mais adiante discutiremos alguns aspectos das relações internacionais desenvolvidas entre o império brasileiro e as repúblicas da Argentina e do Uruguai no que tange a problemas de ordem econômica e sanitária. Em substância, as elites políticas paranaenses eram relutantes em assumir as precárias condições de higiene e saneamento de cidades como Paranaguá no século XIX. De acordo com esses grupos as doenças resultavam única e exclusivamente de fatores externos. Sem dúvida isso se configurou em importante

<sup>176</sup> DALLEDONE, Márcia Teresinha Andreatta. *Condições sanitárias e as epidemias de varíola na Província do Paraná (1853-1889)*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em História do Brasil, UFPR, Curitiba, 1980.

<sup>177</sup> ALVAREZ, Adriana. El rol de los lazaretos en el control de el cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires 1870-1915. *História Revista*, Goiás, v.9 n.2, jul.-dez. 2004, pp. 287-317; CHAVES, Cleide de Lima. Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun., 2013, pp.411-434; CHAVES, Cleide de Lima. Entre Montevideu e Rio de Janeiro: poderes locais, circulação de epidemias e redes de conhecimento médico na segunda metade do século XIX. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DA ANPHLAC, 10, 2012, São Paulo. *Anais eletrônicos do X Encontro Internacional da ANPHLAC*. São Paulo: ANPHLAC, 2012, pp.1-13.

estratégia para amenizar a responsabilidade do governo provincial em relação aos problemas sanitários regionais e locais.

Finalizadas as construções o lazareto, então subordinado à Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá e mais tarde à Inspetoria de Higiene da Província do Paraná, tornou-se o local de destino de pessoas suspeitas ou mesmo portadoras de alguma doença infectocontagiosa. Uma vez desembarcadas na ilha essas pessoas eram isoladas ou colocadas em quarentena, recebiam tratamento e ficavam em observação. Aproximadamente dois anos após sua inauguração o lazareto foi alvo de uma inspeção minuciosa solicitada pelo governo da província junto ao engenheiro civil Carlos Stoppani, cujas conclusões não foram nada positivas. Em seu relatório Stoppani enalteceu os responsáveis pela construção do lazareto, considerado em sua concepção uma ação humanitária em prol da sobrevivência das futuras gerações. Elogiou o local escolhido, distante do contato humano, em terreno seco e arenoso, às margens do oceano, portanto exposto aos ventos que impediam a concentração de miasmas. Para Stoppani, externamente, o edifício do lazareto parecia um palacete, mas não julgou que estivesse em condições de fornecer serviços de qualidade, em virtude, talvez, de a obra estar inacabada ou do abandono em que já se encontrava o prédio.<sup>178</sup>

Afirmava o engenheiro que não bastava uma sólida e elegante construção para o bom funcionamento de um lazareto; seriam necessários também bons funcionários e administradores. Quando Stoppani chegou à Ilha das Cobras, deparou com um edifício sem assoalho, sem forro, com portas sem fechaduras, janelas sem vidraças e telhado muito frágil. Ficou impressionado também, com o quadro caótico formado pelas camas, colchões, cobertores, roupas de cama, mesas, macas, penicos, pratos, tigelas, canecas, talheres e copos. A botica estava em igual desordem, com medicamentos acondicionados em copos e vidros destampados, alguns quebrados e espalhados pelo chão. Stoppani declarou-se inconformado com o desperdício de dinheiro público e com o fato de o presidente da Província ter sido ludibriado quanto ao real estado de conservação do lazareto.<sup>179</sup>

Conforme o relatório o edifício tinha 2.800 palmos quadrados (135,5m<sup>2</sup>), dos quais, 2.000 (96,8m<sup>2</sup>) destinados à enfermaria, com capacidade para até trinta enfermos, distribuídos em quatro quartos. Todavia, esse número total de enfermos só poderia ser atingido após minuciosos cálculos de espaçamento entre as camas, possibilitando a circulação dos enfermeiros. Segundo Stoppani, todo lazareto deveria possuir ao menos uma botica completa,

---

<sup>178</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Lazareto da Ilha das Cobras. Exposição apresentada a sua Excelência o Exm. Sr. Dr. José A. Vaz de Carvalho, digníssimo presidente do Paraná pelo engenheiro Carlos Stoppani. Rio de Janeiro, 1857.

<sup>179</sup> Idem.

um boticário, um enfermeiro e um médico. Estes deveriam residir junto aos doentes, com exceção do médico, cuja moradia poderia estar localizada em espaço à parte. No entanto, como a realidade existente na Ilha das Cobras destoava daquela proposta pelo engenheiro, uma vez que a botica não era completa e inexistia boticário que residisse no local para fornecer medicação aos enfermos, Stoppani propunha que um dos quartos fosse destinado à botica e à moradia do boticário. Outro quarto, além de servir como depósito de objetos, deveria abrigar o enfermeiro e o cozinheiro quando o número de enfermos fosse reduzido. Argumentava o engenheiro que, com essa distribuição mais racional dos aposentos e serviços, a condição sanitária, a confiança moral dos doentes e a conservação dos materiais sofreriam melhorias expressivas, resultando tudo isso em significativa economia aos cofres do governo. Os objetos que se achavam em desordem deveriam ser organizados, numerados, inventariados e recolhidos a algum aposento. Recibos passariam a ser entregues ao zelador, que ficaria responsável pela conservação dos objetos, devendo entregá-los ao enfermeiro em bom estado quando houvesse necessidade deles. Os serviços de reforma do lazareto foram orçados por Stoppani em 1:158\$000 contos de réis, incluindo o reparo do telhado, envidraçamento das janelas, colocação de fechaduras nas portas, confecção do assoalho e do forro.<sup>180</sup> Stoppani concluiu seu relatório no dia 2 de setembro de 1857, vinte e quatro dias depois o governo da província encaminhou um posicionamento ao Ministério do Império. Segundo o governo a reforma poderia ser realizada em duas etapas em função do custo. No que diz respeito aos objetos, utensílios e medicamentos que se encontravam em desordem no lazareto, a informação dada foi que medidas cabíveis já estavam sendo tomadas.<sup>181</sup> Stoppani não tinha formação médica. Seu relatório não apontou relações de ordem espacial e fenômenos patológicos, ou seja, problemas de ventilação, posição dos cômodos, temperatura, fornecimento de água. Limitou-se a tecer breves considerações a respeito do local escolhido para a construção do lazareto, onde as condições de solo e climáticas impediam a concentração de miasmas. A descrição funcional realizada pelo engenheiro não teve como objetivo aprimorar uma organização médico-espacial, mas sim administrativa, evitando desperdícios materiais.

Tudo indica que as reformas propostas por Stoppani não saíram do papel, ou então os materiais nela empregados foram tão ruins que não resistiram muito, pois já em setembro de 1858, nova restauração era requisitada pelas autoridades públicas. Conforme o governo da

---

<sup>180</sup> Idem.

<sup>181</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado em 26 de setembro de 1857 pelo governo da província do Paraná ao Ministro e Secretário de Estado e Negócios do Império, Marquês de Olinda. Rio de Janeiro, 1857.



província, o lazareto continuava sem fechaduras nas portas, janelas com caixilhos envidraçados, forro, assoalho, necessitando ainda a substituição do telhado. Os reparos foram orçados em aproximadamente dois contos e meio de réis.<sup>182</sup> Dessa vez os melhoramentos no hospital parecem ter sido concretizados, ainda que parcialmente. Deduzo isso em função de duas principais razões. Concretizados porque no ano de 1860 novas melhorias foram solicitadas ao Ministério do Império, nelas o governo da província do Paraná menciona o fato de que o telhado apresentava goteiras, e o assoalho e os barrotes, inexistentes até 1858, estavam podres, o que ocasionava intensa umidade no interior do lazareto.<sup>183</sup> Parcialmente porque o delegado de Paranaguá, Antonio P. da Costa, recomendava que o prédio fosse forrado, assoalhado e as janelas da enfermaria envidraçadas, o que denota que as reformas anteriores não atingiram todos os cômodos do prédio.<sup>184</sup>

A urgência dos reparos em 1860 teve como justificativa a varíola e a febre amarela, reinantes nas cidades de Paranaguá e Santos respectivamente.<sup>185</sup> Novamente agia-se sob pressão de ameaças ou eclosões de surtos epidêmicos. Limitados pelos recursos financeiros escassos, os administradores do hospital da Ilha das Cobras buscavam reduzir os gastos o máximo possível. Isso refletiu no emprego de material com baixa qualidade nas reformas do edifício e na relutância em se contratar um zelador permanente que cuidasse de sua manutenção. Essa lógica, no entanto, parece ter redundado em efeito contrário, dado os constantes reparos sofridos pelo lazareto. Medidas preventivas poderiam prolongar o tempo útil de uma reforma, mas não foi essa a estratégia adotada. Não conjecturo a existência de acordos entre políticos e empreiteiros. Lembro que a abertura de licitação para a construção do edifício não despertara nenhum interesse, ficando o próprio governo responsável pela obra.

Em nova reforma solicitada no ano de 1868 e orçada em aproximadamente três contos de réis o inspetor de Saúde de Paranaguá sugeriu que a Alfândega ficasse responsável pelo contrato, fiscalização e recebimento da obra. O governo provincial discordou alegando que aquele órgão estava subordinado ao Ministério do Império e inexistia em seu regulamento

---

<sup>182</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado em 23 de setembro de 1858 pelo governo da província do Paraná ao Ministro e Secretário de Estado e Negócios do Império, Marquês de Olinda. Rio de Janeiro, 1858.

<sup>183</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado em 6 de março de 1860 pelo governo da província do Paraná ao Ministro e Secretário de Estado e Negócios do Império, Marquês de Olinda. Rio de Janeiro, 1860.

<sup>184</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Orçamento realizado pelo delegado Antonio P. da Costa em 21 de fevereiro de 1860 referente à despesa das reformas do Lazareto da Ilha das Cobras da cidade de Paranaguá. Rio de Janeiro, 1860.

<sup>185</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Ofício de Netto Machado enviado ao Ministério do Império em 22 de março de 1860. Rio de Janeiro, 1860.

disposições que autorizassem tais ações.<sup>186</sup> Com prazo definido e a orientação de que o pagamento seria efetuado somente após a conclusão das reformas, o inspetor de Saúde responsabilizou-se pela contratação do empreiteiro. O governo poderia antecipar o pagamento mediante a apresentação, por parte do contratado, de um fiador abonado e a contento como garantia, caso a obra, depois de finalizada, não fosse aprovada. Um contrato, cujo imposto não deveria exceder o valor da obra, seria estabelecido com escritura e pagamento do devido selo.<sup>187</sup> O acordo foi estabelecido com Benedicto José Ferreira. O presidente da Província aprovou a negociação somente após a assinatura, por parte do fiador, de um termo especial de responsabilidade, garantindo a indenização junto à Fazenda caso a obra não fosse concluída.<sup>188</sup> Benedicto apresentou como seu fiador o farmacêutico Joaquim Antonio Pereira Alves fornecendo ainda como garantia duas casas de sua propriedade. O prazo para a conclusão das reformas foi estipulado em seis meses com multa de cinco mil réis por dia excedido.<sup>189</sup> No entanto, até meados de julho de 1869 as obras não haviam iniciado, pois a escritura das casas oferecidas como garantia não estava regularizada. O governo da província precisou interceder junto ao Ministério do Império para que a verba não fosse cancelada.<sup>190</sup> A princípio a fonte indica um comportamento ético no que diz respeito às relações entre o governo e empreiteiros e, por conseguinte, à realização de obras públicas, mas, de forma alguma isso nos permite inferir categoricamente que práticas ilícitas inexistissem no interior da estrutura administrativa do poder público imperial. Por outro lado, não devemos deixar de ter em mente o fato de que, ao contrário de estradas, o lazareto não gerava impostos, isto é, rendas aos cofres públicos. Restaria saber se a reforma de um importante trecho da estrada da graciosa, por exemplo, seria procrastinada em função de problemas burocráticos? A despeito disso, as epidemias de febre amarela e cólera que fustigaram o país àquele tempo reforçaram a consciência das elites dirigentes em relação às consequências sociais de um quadro sanitário precário. Uma política de saúde em bases mais amplas ainda estava em gestação e o desconhecimento dos mecanismos de transmissão e da etiologia dessas doenças tornava a

<sup>186</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício encaminhado ao Ministério do Império pelo governo da Província do Paraná em 29 de janeiro de 1869. Rio de Janeiro, 1869.

<sup>187</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício encaminhado em 29 de janeiro de 1869 pela Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá ao presidente da Província do Paraná Antônio Augusto da Fonseca. Rio de Janeiro, 1869.

<sup>188</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício encaminhado ao Ministério do Império pelo governo da Província do Paraná em 3 de maio de 1869. Rio de Janeiro, 1869.

<sup>189</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Contrato redigido em 3 de março de 1869 pelo guarda e secretário da Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá e assinado por Benedicto José Ferreira, Joaquim Antonio Pereira Alves, Alexandre Bousquet e Francisco Gonçalves de Araújo. Rio de Janeiro, 1869.

<sup>190</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício encaminhado ao Ministério do Império pelo governo da Província do Paraná em 13 de julho de 1869. Rio de Janeiro, 1869.

consolidação dessa política ainda mais complexa. Não surpreende, portanto, que as autoridades políticas e sanitárias do Paraná não tivessem a intenção de fazer do lazareto da Ilha das Cobras um instrumento de cura, mas simplesmente uma barreira contra a propagação de epidemias para os núcleos urbanos.

Em contradição com a decisão de não permitir que Malheiros, ex-proprietário da Ilha, residisse nela, foi a permissão concedida pelo governo à família de Antonio Luiz Pereira para que lá se instalasse sob a condição de zelar pelo lazareto e servir como enfermeiro em tempos de crise epidêmica. Sem receber nenhuma gratificação por seus serviços, Luiz Pereira não cumpriu o acordo. A estratégia adotada pelo poder público imperial, isto é, a recorrência aos serviços filantrópicos de seus súditos, demonstrou-se ineficaz, pois algum tempo depois, o delegado e o inspetor concluíram que o edifício precisaria de reformas urgentes para não ruir completamente. Diante desse quadro caótico eles propuseram ao governo provincial e ao Ministério do Império, no início de 1862, a contratação de um zelador e vigia para o hospital da Ilha das Cobras com a promessa de uma remuneração.<sup>191</sup>

Em 1863 a família de Antonio Luiz Pereira não residia mais na ilha. Manoel da Silva, novo morador do local, também acabou recebendo convite para exercer o ofício de enfermagem.<sup>192</sup> Em 1867 ele passou a dispor de uma gratificação mensal no valor de vinte mil réis, ou seja, somente cinco anos depois da solicitação do delegado e do inspetor junto ao governo provincial e ao Ministério do Império.<sup>193</sup> Manoel da Silva exerceu suas funções durante dois anos quando Alexandre Bousquet, inspetor de Saúde, solicitou ao governo da província a contratação de novo funcionário, uma vez que sua gratificação havia sido suspensa. Embora sem receber sua gratificação e sobrevivendo em lastimável estado de miséria, Manoel continuou a prestar serviços gratuitamente no hospital.<sup>194</sup> A Tesouraria de Fazenda do Paraná informou que a gratificação fora cortada em função da falta de crédito.<sup>195</sup> A urgência na contratação de novo funcionário se devia à iminência de chegar a Paranaguá

<sup>191</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 430 CAIXA 373. Ofício redigido pelo fiscal da seção do contencioso da província do Paraná em 15 de janeiro de 1862. Rio de Janeiro, 1862.

<sup>192</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 430 CAIXA 373. Relatório enviado em 14 de maio de 1863 pelo inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá, Ricardo Augusto da Silva Rego, ao presidente da Província do Paraná Antônio Barbosa Gomes Nogueira. Rio de Janeiro, 1863.

<sup>193</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício enviado em 20 de maio de 1867 pelo inspetor da Tesouraria da Fazenda ao presidente da Província do Paraná Polidoro César Burlamaque. Rio de Janeiro, 1867.

<sup>194</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício enviado em 7 de março de 1869 pela Inspetoria de Saúde Pública de Paranaguá ao presidente da Província do Paraná Antônio Augusto da Fonseca. Rio de Janeiro, 1869.

<sup>195</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício enviado em 10 de abril de 1869 pela Tesouraria de Fazenda do Paraná ao presidente da Província do Paraná Antônio Augusto da Fonseca. Rio de Janeiro, 1869.

um grupo de imigrantes que, a julgar pelas cartas de saúde recebidas, poderia trazer a febre amarela que grassava na cidade do Rio de Janeiro.<sup>196</sup> Há aqui uma contradição a revelar as estratégias adotadas pelo poder público na prestação de assistência médica à população. Na reforma do lazareto referente aos anos 1868-1869 o governo imperial dispunha de verba, mas exigia garantias para a realização da mesma, pois o edifício era um patrimônio pertencente ao Estado e um imóvel reformado certamente teria outro valor caso fosse vendido futuramente. Já na contratação dos zeladores o governo alegava não possuir crédito para o pagamento das gratificações, porém exigia a realização de serviços em caráter filantrópico. No que diz respeito à urgência de contratação de novo funcionário para o lazareto, provavelmente os laços sociais entre Manoel da Silva e o inspetor de Saúde deterioraram-se ao ponto deste último solicitar a contratação de nova pessoa para o exercício das funções.

O Ministério do Império autorizou o gasto de 50 mil réis mensais a mais na verba “lazaretos” para 1868-1869, viabilizando a contratação de um funcionário que servisse como “mordomo” do hospital, e concedeu ainda verba extra de mil réis diários para o pagamento de um guarda para o prédio. O mesmo pedido foi estendido ao exercício de 1869-1870. Os dados indicam, contudo, que a gratificação mensal paga ao zelador foi de 30 mil réis e não 50 mil, conforme previsto. A 5ª seção do Ministério do Império argumentou que a Comarca de Paranaguá era uma região pobre, e residindo os funcionários em ilha distante do centro populacional, o valor da gratificação paga a eles podia ser reduzida, em função do baixo custo de vida.<sup>197</sup>

A tensão em relação à conservação e administração do lazareto chegaria ao ápice em 1873 quando a Tesouraria da Fazenda do Paraná solicitou ao Ministério do Império que o hospital marítimo da Ilha das Cobras passasse para sua jurisdição, sendo entregue aos inspetores de saúde somente nos períodos de crise epidêmica. Argumentava a Tesouraria que novos objetos e utensílios tinham que ser comprados toda vez que fosse necessário colocar o lazareto em funcionamento. Na opinião de seus funcionários os inspetores não tinham sensibilidade para os gastos públicos.<sup>198</sup> Por sua vez, Eugenio Guimarães Rebello não via vantagens aos serviços sanitários nessa transferência de responsabilidades por se tratar de um estabelecimento de saúde e, portanto, não condizente com as esferas de competência

---

<sup>196</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Relatório enviado em 21 de julho de 1869 pelo inspetor de Saúde Pública de Paranaguá, Alexandre Bousquet, ao presidente da Província do Paraná Antônio Augusto da Fonseca. Rio de Janeiro, 1869.

<sup>197</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Documento avulso datado de 1º de julho de 1869. 5ª seção do Ministério do Império. Rio de Janeiro, 1869.

<sup>198</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 432 CAIXA 374. Despacho. 5ª seção do Ministério do Império em nove de outubro de 1873. Rio de Janeiro, 1873.

geralmente assumidas pela Tesouraria da Fazenda.<sup>199</sup> Esta, ao que tudo indica, parecia esquecer-se das baixas remunerações pagas aos empregados, da dificuldade de contratação e da precariedade das reformas. Se a lógica expressada por algumas instâncias do poder público àquela época consistia em despender o mínimo possível de verbas e, na medida do possível, obter vantagens mediante trabalhos voluntários e/ou filantrópicos, resta saber quais estratégias a Tesouraria da Fazenda adotaria para manter em boas condições o lazareto caso a proposta de anexação fosse concretizada. Por seu turno, Eugenio Guimarães Rebello endossava o mesmo discurso propalado pelos médicos higienistas que defenderam a transferência de responsabilidade dos serviços de higiene pública das Câmaras Municipais para um novo órgão centralizado e dirigido por seus pares, a Junta Central de Higiene Pública. Rebello acreditava que os funcionários da Tesouraria da Fazenda profanariam o território sagrado da medicina acadêmica. Não foi possível saber o desfecho desta discussão e nem se o inspetor foi hábil o bastante para convencer o governo e dissuadir os funcionários da Tesouraria da Fazenda da proposta de anexação da Inspetoria de Saúde.

A internação de imigrantes no lazareto da Ilha das Cobras também foi foco de conflitos interinstitucionais. O lazareto de Paranaguá atendia gratuitamente apenas os indigentes. Oficiais do exército, por exemplo, enviados à ilha para internação ou tratamento, tinham suas despesas pagas pelo Ministério da Guerra. Em relação aos imigrantes, tudo indica que os custos eram pagos pelo Ministério do Império. Foi o caso da imigrante Eugenia Guglielmi Antoni, que após contrair varíola ficou em tratamento no lazareto junto com a família no decorrer do ano de 1889. As despesas, segundo a Inspetoria de Saúde, totalizaram 442\$980 mil réis. O governo comprometeu-se a pagar somente 180\$380 mil réis.<sup>200</sup> O inspetor de Higiene da Província do Paraná considerou os gastos com a imigrante exagerados, e propôs que fossem pagos pelo Ministério da Agricultura. A caiação e desinfecção do aposento onde foi recolhida a variolosa custaram, respectivamente, 50 e 20 mil réis. Na perspectiva do inspetor de higiene, com 2 mil réis seria possível comprar um cargueiro de cal e pedra, e um dia de serviço a 3 mil réis bastariam para a caiação. Com relação à desinfecção, afirmou que a Inspetoria de Saúde do Porto tinha dois guardas disponíveis para a realização do serviço. Entre os gastos com o tratamento de Eugenia G. Antoni, havia cinco viagens não especificadas e pagamento de 2 mil réis diários a um homem, e mais mil réis diários a uma

---

<sup>199</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 432 CAIXA 374. Ofício encaminhado ao presidente da Província do Paraná, Frederico José Cardoso de Araújo Abranches, em 15 de novembro de 1873 pelo inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá Eugenio Guimarães Rebello. Rio de Janeiro, 1873.

<sup>200</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 435 CAIXA 375. Relatório enviado pela Tesouraria de Fazenda do Paraná em 4 de maio de 1889 ao presidente da Província Balbino Cândido da Cunha. Rio de Janeiro, 1889.

mulher, também sem especificação. O inspetor de higiene argumentou que estas pessoas não poderiam ter sido contratadas como enfermeiros, pois já existia um casal com essa incumbência no lazareto. E mesmo que não houvesse, argumentava ainda, não seria conveniente contratar um homem para cuidar de uma única variolosa e sua família. Para o inspetor, a doente poderia ser curada pela própria natureza, sem a necessidade de medicação, o que não justificava o valor gasto com medicamentos e assistência médica. Já o inspetor de Saúde do Porto, que prestou assistência médica à enferma, foi enfático ao declarar que tal procedimento fazia parte de suas atribuições.<sup>201</sup>

O caso da imigrante Eugenia Guglielmi Antoni se passou em 1889. Os lazaretos de Ilha Grande e da Ilha de Martín Garcia já funcionavam com instalações completas e equipamentos modernos. No Paraná o inspetor de Higiene se via às voltas com questões de caiação e desinfecção, revelando não somente realidades completamente antagônicas, como também ineficácia administrativa. Apesar das constantes ameaças epidêmicas e da crescente movimentação portuária que caracterizaram a segunda metade do século XIX e início do século XX o lazareto da Ilha das Cobras não acompanhou os avanços empreendidos no âmbito do conhecimento médico-científico. Inaugurado em 1855, sua estrutura arquitetônica que comportava não mais do que quatro aposentos, inviabilizava procedimentos e práticas de vigilância, bem como, separações rigorosas de passageiros. Somente treze anos após sua fundação o edifício dispôs de instalações exclusivas para internamento de mulheres. As elites locais estavam cientes da importância e necessidade desses recursos. Todavia, hospital de isolamento, pavilhões de observação, estufas de desinfecção ou mesmo desinfetórios flutuantes deixaram de ser construídos.

O precário estado de conservação do hospital marítimo da Ilha das Cobras refletia também em sua organização interna. Em 1876 o inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá, Leocádio Correia, observou que pessoas enfermas eram alojadas junto com pessoas sadias. Em sua opinião urgia a construção de novo prédio para a enfermaria.<sup>202</sup> A criação de alas exclusivas para homens e mulheres fora proposta em 1863 pelo então inspetor de Saúde Ricardo Augusto da Silva Rego.<sup>203</sup> Conforme o relatório de 1868, contendo o orçamento para

<sup>201</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 435 CAIXA 375. Relatório enviado pelo inspetor de Higiene, José do Rego Raposo, ao governo da Província do Paraná em dois de maio de 1889. Rio de Janeiro, 1889.

<sup>202</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 433 CAIXA 374. Ofício encaminhado em 21 de abril de 1876 ao presidente da Província do Paraná pelo inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá Leocádio José Correia. Rio de Janeiro, 1876.

<sup>203</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 430 CAIXA 373. Relatório da Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá enviado em 14 de maio de 1863 ao governo da Província do Paraná. Rio de Janeiro, 1863.

as reformas do lazareto, podemos identificar que ao menos uma sala para mulheres foi providenciada.<sup>204</sup> No entanto, todas as medidas e reformas adotadas foram insuficientes diante das epidemias de febre amarela e cólera e da crescente interdependência do porto de Paranaguá em relação a outros portos nacionais e estrangeiros. Esses fatores levaram Leocádio Correia a concluir em meados de 1885 que a baía de Paranaguá demandava urgentemente um novo lazareto. Novamente em 1892, durante uma quadra epidêmica de febre amarela e febres perniciosas as autoridades sanitárias daquela cidade argumentaram que o lazareto da Ilha das Cobras não tinha mais condições de ser utilizado para isolamentos e quarentenas em razão das pequenas proporções do edifício e da inexistência de divisões e alas específicas.<sup>205</sup>

É inegável a superioridade do comércio naval e do fluxo migratório dos portos de Buenos Aires e Rio de Janeiro comparados aos portos do Paraná. Mas isso, por si só, não justifica as diferenças entre os lazaretos existentes naquelas cidades e o da Ilha das Cobras em Paranaguá. O Paraná era uma província periférica com recursos escassos, ou seja, um ambiente pouco atraente para o florescimento da atividade científica, pois o desenvolvimento das ciências não ocorre em um vazio social, ele está atrelado a circunstâncias contextuais de caráter cultural, social e econômico. Com a instauração do regime republicano; o avanço do conhecimento médico-científico; a construção de centros de pesquisas nacionais e a crescente consciência da importância de uma população sadia para o crescimento econômico do país, sobretudo após o fim do regime escravocrata, as políticas públicas sanitárias foram gradativamente ampliadas, alcançando regiões periféricas do Estado Nacional. Em setembro de 1890, por exemplo, durante a gestão do governador Américo Lobo Leite Pereira, inaugurou-se novo hospital de isolamento na capital paranaense, suas instalações e equipamentos contrastavam radicalmente com os do lazareto da Ilha das Cobras. Estava situado em um terreno de 60.000 m<sup>2</sup> e contava, entre outras repartições, com uma casa de observação para recolhimento e vacinação de indivíduos suspeitos de terem contraído a varíola. Para a condução dos enfermos o hospital dispunha de carro fechado com molas, tração animal e um cocheiro exclusivo para o serviço, cujas vestimentas consistiam em longo casaco de borracha, botas e capacete. Os empregados e enfermeiros do hospital não mantinham contato com a população em geral. O edifício dispunha de gabinetes de

<sup>204</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Documento avulso. Conferido pelo secretário do governo da Província do Paraná Arthur Teixeira de Macedo em 4 de novembro de 1868. Rio de Janeiro, 1868.

<sup>205</sup> PARANÁ. *Mensagem do Governador do Estado, Francisco Xavier da Silva, enviada e lida perante o Congresso Legislativo do Paraná em quatro de outubro de 1892*. Curitiba, 1892, p. 12. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 17 de junho de 2015.

desinfecção. Os aposentos eram desinfetados com vapores de enxofre, a uma proporção de 20 gramas por m<sup>3</sup>. Misturava-se o enxofre com álcool no interior de vasilhas de barro. O expurgo era realizado depois de seladas hermeticamente portas e janelas. O aposento só poderia ser aberto novamente passadas 48 horas, quando então assoalho, paredes e teto eram pulverizados com solução de bicloreto de mercúrio. Em seguida fazia-se a caiação e pintura do leito. As roupas dos doentes passavam por três fervuras com solução mercurial antes de serem lavadas. Aquelas que não podiam ser lavadas eram queimadas junto com as palhas de colchões e travesseiros. Roupas de lã e seda necessitavam ser desinfetadas em estufas com temperaturas entre 120° e 160°, porém o procedimento não podia ser realizado, pois o hospital não dispunha dos equipamentos. Uma solução mercurial era empregada na lavagem de mãos e rosto dos funcionários do hospital. A indumentária dos desinfetadores, enfermeiros e médicos era semelhante ao do cocheiro.<sup>206</sup> Outro importante exemplo é a fundação, em 1909, do primeiro laboratório de análises químicas e microscópicas no Paraná. Neste caso é necessário relativizar o caráter marginal das instituições científicas paranaenses, pois o primeiro laboratório bacteriológico e químico da Filadélfia foi fundado em 1889 e em 1893 inaugurou-se o primeiro laboratório em um hospital municipal de Paris.<sup>207</sup> De toda forma, a análise de instituições médicas em âmbito regional, bem como do próprio conhecimento científico de modo geral, não podem ser interpretados de maneira isolada, mas sim articulados com os condicionamentos sociais, políticos, econômicos e culturais vigentes em determinados espaços e épocas.

A seguir discutirei outro aspecto importante, de caráter não voluntário, da assistência à saúde pública no Paraná oitocentista, ou seja, os serviços de vacinação contra a varíola.

#### *As políticas de vacinação na Província do Paraná.*

Zacarias de Góes e Vasconcelos nomeou em 1854 o médico José Candido da Silva Muricy (1827-1879) para o cargo de vacinador provincial. Cabia a Muricy a responsabilidade pela indicação dos comissários vacinadores municipais e paroquiais. Receoso com a propagação da varíola, o presidente recém-empossado solicitou ao chefe de polícia que averiguasse as posturas municipais com o intuito de identificar falhas nas disposições

<sup>206</sup> REIS, Trajano Joaquim dos. *Elementos de higiene social*. 1.ed. Curitiba: Tipografia e Litografia da Companhia Impressora Paranaense, 1894, pp.27-30.

<sup>207</sup> ROSEN, George. *op.cit.* p.365.



relativas à vacinação obrigatória.<sup>208</sup> Conforme o art.41 do regulamento n.406 de 17 de agosto de 1846, as Câmaras Municipais ficariam responsáveis pela criação de posturas apropriadas ao serviço de vacinação. Ao comissário provincial caberia propor às respectivas câmaras todas as medidas necessárias para a propagação da vacina e contenção de epidemias.<sup>209</sup> Vasconcelos deixa transparecer o desconhecimento do decreto n. 828 de 29 de setembro de 1851 que regulamentara a Junta Central de Higiene Pública. Conforme os artigos 23 e 24 do respectivo decreto, o governo central e os presidentes de província seriam responsáveis por regular o serviço de vacinação, com o auxílio dos inspetores gerais ou comissários vacinadores provinciais. À Junta Central caberia propor ao governo as providências e instruções necessárias para que os trabalhos de vacinação transcorressem normalmente.<sup>210</sup> O decreto n.828 não anulou o regulamento de 1846, apenas modificou algumas de suas disposições. Isso não apenas demonstra como reafirma o argumento da dificuldade de atuação da Junta Central fora do âmbito da Corte. Por outro lado, a preocupação de Vasconcelos não era gratuita. A existência de legislação não significava o cumprimento efetivo das normas por ela especificada. A resistência e desconfiança da população em relação à vacina provocavam erupções abrasantes nas relações estabelecidas com os poderes públicos e principalmente com os médicos.

O serviço de vacinação<sup>211</sup> foi explicitamente considerado ineficaz pelo então vice-presidente José Antonio Vaz de Carvalhaes. Uma das razões era a falta de pus, importado da Real Sociedade Jenneriana de Londres, como também o baixo número de vacinados que, em 1857, totalizou 462 pessoas em toda a província.<sup>212</sup> Essa estatística pode ser inexata, uma vez

<sup>208</sup> PARANÁ. *Relatório do presidente da província do Paraná, o conselheiro Zacarias de Góes e Vasconcellos, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de julho de 1854*. Curitiba: Tipografia Paranaense de Cândido Martins Lopes, 1854, pp. 38-39. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 13 de abril de 2015.

<sup>209</sup> BRASIL. Decreto n. 464 de 17 de agosto de 1846. Manda executar o regulamento do Instituto Vacínico do Império. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1846*, vol. I, p.86, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-464-17-agosto-1846-560509-publicacaooriginal-83551-pe.html> > Acessado em: sete de abril de 2015.

<sup>210</sup> BRASIL. Decreto n.828 de 29 de setembro de 1851. Manda executar o regulamento da Junta de Higiene Pública. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1851*, vol. I, p.259, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html> > Acessado em: sete de abril de 2015.

<sup>211</sup> A vacina foi introduzida no Paraná na década de 1830. As posturas municipais de Curitiba e Antonina já continham, em 1839, disposições a respeito da vacinação obrigatória. Suponho que em Paranaguá medida semelhante também fora adotada. PEREIRA, Magnus Roberto de Mello. *Semeando iras rumo ao progresso: ordenamento jurídico e econômico da Sociedade Paranaense, 1829-1889*. Curitiba: Ed. da UFPR, 1996, p.157.

<sup>212</sup> A população da província do Paraná em 1854 era de aproximadamente 62.000 pessoas. PARANÁ. *Relatório do presidente da Província do Paraná o conselheiro Zacarias de Góes de Vasconcellos na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 julho de 1854*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1854, mapa 14. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 16 de abril de 2015.

que muitas localidades deixavam de enviar ao comissário vacinador provincial seus mapas com informações sobre o serviço.<sup>213</sup> Na Corte, esses e outros problemas vinham desde o tempo da Junta da Instituição Vacínica. Em 1834, o então ministro do Império, Antonio Pinto Chichorro da Gama, expusera a desorganização da junta, os baixos salários pagos a seus funcionários e propusera sua transformação em órgão central, além da criação de juntas provinciais de vacinação.<sup>214</sup> No entanto, vinte e três anos depois, problemas semelhantes continuavam a ser apontados nos relatos produzidos por Carvalhaes.

Súplicas pelo estabelecimento de juntas provinciais também foram feitas pelo ministro do Império Bernardo Pereira de Vasconcellos. Pensava ele àquela época (1837-1838), que tal medida eliminaria os preconceitos tidos como infundados, atribuídos à ignorância popular.<sup>215</sup> De acordo com o ministro, uma comunicação mais eficiente entre a junta central e as juntas provinciais e a formação de quadro estatístico mais rigoroso e preciso para as iniciativas e tomadas de decisões políticas possibilitariam uma regularização mais efetiva e maior segurança na aplicação do preservativo. A província de São Paulo, por conta de um surto de varíola ocorrido na Comarca de Curitiba no ano de 1838, chegou a fundar um diretório vacínico na capital, centralizando os serviços de vacinação.<sup>216</sup> A nível nacional isso ocorreria somente oito anos mais tarde com a regulamentação do Instituto Vacínico da Corte e a criação dos cargos de comissários vacinadores provinciais, municipais e paroquiais.

A despeito da regulamentação e da criação de novos cargos os problemas persistiram. Os comissários vacinadores arcavam com os gastos do seu expediente. Inexistiam equipes formadas por secretários e demais funcionários para auxiliar os comissários provinciais. Nas regiões norte e nordeste houve um recrudescimento da resistência por parte da população. Populares chegaram a empunhar armas contra os vacinadores. O ministro do Império, José da

---

<sup>213</sup> PARANÁ. *Relatório apresentado ao excelentíssimo senhor doutor Francisco Liberato de Mattos muito digno presidente da Província do Paraná pelo segundo vice-presidente José Antonio Vaz de Carvalhaes sobre o estado da administração da mesma província no ano de 1857*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1858, pp.22-23. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 16 de abril de 2015.

<sup>214</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império referente ao ano de 1833 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na sessão ordinária de 1834, pelo respectivo ministro e secretario de Estado Antonio Pinto Chichorro da Gama*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1834, pp.18-19. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio> > Acessado em: 16 de abril de 2015.

<sup>215</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império referente ao ano de 1837 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na sessão ordinária de 1838, pelo respectivo ministro e secretario de Estado interino Bernardo Pereira de Vasconcellos*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1838, p.23 Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio> > Acessado em: 16 de abril de 2015.

<sup>216</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império referente ao ano de 1838 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na sessão ordinária de 1839, pelo ministro e secretario de Estado Interino dos Negócios do Império Francisco de Paula de Almeida e Albuquerque*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1839, p.17 Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio> > Acessado em: 16 de abril de 2015.

Costa Carvalho, propugnou junto ao governo a criação de regulamentos sanitários e a formação de uma polícia médica para a adoção de medidas coercitivas mais incisivas.<sup>217</sup> O resultado desse e outros debates culminaram na constituição de um regulamento sanitário para as comissões paroquiais de saúde pública (criadas em fevereiro de 1850) e na organização da Junta Central de Higiene Pública.

No ano de 1854, de acordo com o ministro Luiz Pedreira do Coutto Ferraz, foram vacinadas em todo o país 18.114 pessoas. Esse número não abrangia os dados provenientes de sete províncias que não enviaram seus relatórios aos órgãos centrais. Além disso, o ministro nos deixa escutar o seguinte:

Em um país de vastíssima extensão, como é o nosso, onde a população se acha disseminada em grupos, em muitos pontos separados uns dos outros por grandes distâncias e péssimas estradas; onde portanto é assaz difícil levar a instrução necessária para convencer os habitantes de seus verdadeiros interesses a muitos respeitos; onde também dificilmente pode chegar a ação da autoridade; já para os prontos socorros que é mister prestar a todos os habitantes, já para aplicar a ação coercitiva contra aqueles que não se quiserem sujeitar a certas medidas, que é do rigoroso dever do governo empregar a bem da saúde pública; só o tempo, o aumento da população, e os progressos da civilização podem destruir preconceitos antigos e inveterados, e generalizar os benefícios de certas instituições.<sup>218</sup>

Como podemos ver, as queixas sobre a resistência generalizada da população perseveravam, demonstrando as discrepâncias entre universos mentais distintos a respeito das concepções de saúde e doença. Elas ainda deixam entrever as dificuldades que a precária infraestrutura impunha à generalização dos serviços médicos. A partir da segunda metade do século XIX, sobretudo após a Guerra do Paraguai (1864-1870), mediante ações de investidores como Irineu Evangelista de Souza (1813-1889) a indústria e o comércio começaram a ganhar proeminência em um panorama econômico e social fortemente marcado pelo trabalho escravo e a agricultura de exportação. Além do aprofundamento da discussão a respeito da imigração europeia e da resolução do problema da mão-de-obra, foram estimuladas as construções de estaleiros e fundições, companhias de linhas telegráficas, ferrovias, bem como, a substituição das embarcações a vela por navios a vapor. Em decorrência da extraordinária extensão geográfica brasileira, questão à qual Coutto Ferraz

<sup>217</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império referente ao ano de 1848 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da oitava legislatura pelo respectivo ministro e secretario de Estado Visconde de Monte Alegre*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1850, pp.42-43. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

<sup>218</sup> BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1854 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da nona legislatura pelo ministro e secretario de Estado dos Negócios do Império Luiz Pedreira do Coutto Ferraz*. Rio de Janeiro: Tipografia Universal de Laemmert, 1855, p.11. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

também se refere, esses avanços que acabo de mencionar foram limitados, mais restritos a certas regiões do território nacional. Dificilmente serviços como correios e estradas de ferro tocavam o Brasil “profundo”. Essa situação levou José Murilo de Carvalho a concluir que devido à inépcia do governo brasileiro em estender seu raio de ação às periferias, via-se obrigado a estabelecer laços de compromisso com os poderes locais, recorrendo inúmeras vezes a serviços gratuitos e/ou à filantropia de indivíduos e grupos, principalmente médicos, em troca de reconhecimento e concessão de privilégios.<sup>219</sup> Apesar da existência de faculdades de medicina situadas nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador, outro ponto importante que precisamos considerar no relato de Coutto Ferraz é a crônica carência de profissionais médicos no país àquele tempo, problema que poderíamos, sem dúvida, considerar hodierno, tomadas, é claro, as devidas proporções contextuais.

Coutto Ferraz ainda pôs em evidência outros problemas. Lotes de pus vacínico vinham se deteriorando em razão do penoso processo de importação e distribuição. Faltavam pessoas comprometidas com a propagação da vacina. Isso podia ser atribuído, de acordo com o ministro, à desmotivação por parte dos vacinadores municipais e paroquiais em função da ausência de gratificações e pagamentos pelos serviços. Ao governo era vantajoso que esses indivíduos exercessem as atividades relativas à inoculação em caráter filantrópico, no entanto, isso impossibilitava a dedicação em tempo integral ao serviço e prejudicava, sem dúvida, sua qualidade.<sup>220</sup> Para endossar as lamentações de Coutto Ferraz e demonstrar como a situação no Paraná no ano de 1857 pouco divergia de outros lugares, saliento as palavras de José Antonio Vaz de Carvalhaes:

Custa a crer, Srs., mas é verdade, que são bem poucos os que na província recebem esse preservativo, tão fácil quão maravilhoso, contra uma enfermidade terrível, que, quando não mata, quase sempre mutila e desfigura. Na impossibilidade de imputar o mau estado deste ramo de serviço ao desmazelo do vacinador provincial, de cuja inesgotável atividade e incansável zelo sou eu o primeiro a dar consciencioso testemunho, devo crer na informação, que me dá, de que nem resposta recebe aos multiplicados pedidos de fluído vacínico, que tem dirigido ao respectivo instituto.<sup>221</sup>

<sup>219</sup> CARVALHO, José Murilo de. *A construção da ordem: a elite política imperial*. Rio de Janeiro: Campus, 1980, p.122.

<sup>220</sup> BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1854 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da nona legislatura pelo ministro e secretario de Estado dos Negócios do Império Luiz Pedreira do Coutto Ferraz*. Rio de Janeiro: Tipografia Universal de Laemmert, 1855, p.12. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

<sup>221</sup> PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial da província do Paraná no dia sete de janeiro de 1857 pelo vice-presidente José Antonio Vaz de Carvalhaes*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1857, pp.43-44. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

O primeiro regulamento para a vacinação na província do Paraná foi elaborado pelo comissário vacinador provincial José Cândido da Silva Murici e publicado em 10 de fevereiro de 1863. Existiam naquele ano vinte e três vacinadores municipais e paroquiais. No ano anterior Alexandre Bousquet fora substituído por Ricardo Augusto da Silva Rego no cargo de vacinador municipal de Paranaguá. Dos vinte e três postos, três estavam vagos. Em Guaratuba dois indivíduos recusaram assumir as funções, um deles sem justificar os motivos e o outro alegando a falta de remuneração. Ainda nesse período (1863), 791 pessoas foram vacinadas, das quais 765 livres e 26 escravos.<sup>222</sup> A população da província do Paraná entre os anos de 1858 e 1859 contava com aproximadamente 69.000 pessoas, o que demonstra o baixo número de inoculados.<sup>223</sup> A despeito disso, Tania Fernandes também constata a inexpressividade e a ineficácia da atuação da Junta Vacínica e das tentativas posteriores de generalização da vacinação no período imperial, todavia, supõe que o número de escravos vacinados nas fazendas do Rio de Janeiro era superior em relação ao total de vacinados na população em geral.<sup>224</sup> O estudo de Tania Fernandes permite inferir que o baixo índice de escravos inoculados no Paraná, segundo as fontes que disponho, não constituía uma constante no Império. Presumo que essa diferença se dava em razão da autonomia que os escravos no Paraná tinham para recorrer a terapeutas populares ou em função do relaxamento por parte dos proprietários, pois o peso que a mão-de-obra cativa representava para a economia fluminense e a incidência de surtos epidêmicos naquela província eram superiores.

O regulamento de 1863 estipulava a publicação de editais contendo a nomeação dos vacinadores; a declaração de obrigatoriedade da vacina com punições aos contraventores, estipuladas pelas posturas municipais e a inoculação de menores e escravos como responsabilidade dos respectivos pais, tutores e senhores.<sup>225</sup> Todavia, a pedra angular do regulamento foi a normalização dos mapas estatísticos. Elaborados a partir dos nomes, idades e filiações, os registros deveriam conter também o número de indivíduos em que falhara a vacina, bem como, aqueles que não haviam retornado para a extração do fluído (visto o Brasil não produzir a *cowpox*, ou seja, o fluído retirado diretamente das pústulas do gado bovino) e

<sup>222</sup> PARANÁ. *Relatório referente ao ano de 1863 apresentado à Assembleia Legislativa da Província do Paraná pelo presidente Antonio Barbosa Gomes Nogueira na abertura da segunda sessão da quinta legislatura em 15 de fevereiro de 1863*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1863, pp.21-23. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

<sup>223</sup> PARANÁ. *Relatório referente ao ano de 1859 do presidente da Província do Paraná Francisco Liberato de Mattos na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 7 de janeiro de 1859*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1859, p. 51. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

<sup>224</sup> FERNANDES, Tania. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneneriana à animal). *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 1, n.1, mar.-jun., 1999, pp.29-51.

<sup>225</sup> O regulamento expressa tal obrigatoriedade por parte de pais, tutores e senhores de escravos. Todavia, não dispomos de dados empíricos para comprovar se essa exigência era cumprida efetivamente no Paraná.

para tentativas de novas imunizações. Os comissários deveriam informar os casos omissos às Câmaras Municipais e autoridades policiais para a imposição de penas e multas conforme as respectivas posturas municipais.<sup>226</sup> De acordo com José Candido da Silva Murici, o regulamento melhorou significativamente os serviços de inoculação, ampliando sua difusão nas localidades mais afastadas e diminuindo a oposição a ela. Provavelmente esse aumento no número de pessoas inoculadas se deu em virtude do surto de varíola que fustigou a cidade de Paranaguá em 1863. No capítulo seguinte veremos que no ano seguinte, isto é, em 1864, quando a epidemia cessou, o número de lancetados caiu drasticamente, contrariando as afirmações de Murici.

O comissário vacinador provincial não foi a única autoridade a expressar a necessidade de medidas mais enérgicas para a generalização da vacina antivariólica. Vejamos o que diz o presidente da Província do Paraná, José Francisco Cardoso, a respeito do serviço de vacinação:

Sem disposições eficazes e corretivas, não creio que o serviço da vacinação prospere, e menos que ofereça resultados benéficos. As nossas municipalidades, à quem cabe a comunicação de penas e a iniciativa de posturas, de mãos dadas com a autoridade policial, poderiam coagir os encarregados da infância a reprimir tais faltas.<sup>227</sup>

Importante observarmos a relação que Francisco Cardoso faz entre posturas municipais e autoridade policial. Lembro que uma das principais finalidades desse tipo de legislação era organizar e aprimorar a atuação das forças policiais. Dois anos após a publicação do relatório de Francisco Cardoso, o presidente Antonio Barbosa Gomes Nogueira fez a seguinte observação:

A falta, às vezes, de fluído vacínico, o modo pouco filantrópico e patriótico com que se conduzem alguns dos vacinadores paroquiais e mais ainda a relutância que a população oferece à vacinação, em cujos salutareos efeitos descrê (*sic*), são outros tantos motivos que justificam o minguido número de vacinados. Isto posto, é fácil de conceber que a coação é um dos meios por que poder-se-á obter melhores resultados deste serviço, nas circunstâncias atuais. Para a consecução, portanto, de semelhante fim, torna-se indispensável que as penas marcadas nos códigos de

<sup>226</sup> PARANÁ. Regulamento para a vacinação obrigatória. 10 de fevereiro de 1863. *Leis, Decretos e Regulamentos da Província do Paraná. Tomo X*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1863, pp. 37-39.

<sup>227</sup> PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa da Província do Paraná na abertura da primeira sessão da quarta legislatura pelo presidente José Francisco Cardoso, no dia primeiro de março de 1860*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1860, p.21. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 01 de junho de 2015.



posturas municipais sejam impostas com severidade aos pais e tutores que furtarem seus filhos pupilos ao benefício que oferece o preservativo da varíola.<sup>228</sup>

Essas ideias não foram uma particularidade dos presidentes e médicos que passaram pelo Paraná. Cerca de quatorze anos antes o então Ministro do Império, Visconde de Monte Alegre, chegou a utilizar em seu relatório o conceito de “polícia médica”:

Do exposto concluireis quanto são urgentes não só as duas providencias de que há pouco falei, mas também regulamentos sanitários que auxiliem, desenvolvam e completem o pensamento que presidio a fundação do Instituto Vacínico, dando as disposições por que ele se rege o vigor de que necessitam, para que o povo não se subtraia à vacinação, e se removam outras causas de contágio por meio de medidas coercitivas e providenciais apropriadas, que devem ser consignadas naqueles regulamentos. Em vão, porém seriam estes promulgados sem a existência de uma *polícia médica* que vele sem cessar na sua observância.<sup>229</sup>

A utilização desse conceito pode nos ajudar a compreender o ponto de vista de nossas personagens e ao mesmo tempo revelar a circulação de um conceito cujas origens remontam aos Estados europeus do século XVIII.

Elaborado sob os fundamentos do absolutismo e do cameralismo, o conceito de polícia médica tinha como objetivo propiciar uma análise sistemática a respeito dos problemas de saúde das populações e comunidades. O higienista e médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) fora o responsável por formular com rigor e precisão o conceito, atribuindo a ele caráter autoritário e paternalista. Desenvolvido em contexto político, econômico e social específico (absolutismo e mercantilismo) exerceu notória influência não apenas nos Estados alemães, mas, sobretudo na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos da América do Norte. Atuou de forma impactante nas áreas relacionadas à legislação sanitária, formação de profissionais médicos e controle do crescimento populacional. Os regulamentos médicos dos estados alemães formulados segundo as concepções de Peter Frank dispunham de maneira mais substancial, se comparados às posturas municipais paranaenses, sobre as qualificações e deveres dos profissionais médicos; controle de epidemias; abastecimento e distribuição de gêneros alimentícios; regulação da prostituição e supervisão dos espaços de cura. A aplicação prática do conceito de polícia médica, conforme definido por Peter Frank, tornar-se-ia restrita,

<sup>228</sup> PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa da Província do Paraná na abertura da primeira sessão da quinta legislatura pelo Exm. Sr. Dr. Antonio Barbosa Gomes Nogueira, no dia quinze de fevereiro de 1862*. Curitiba: Tipografia do Correio Oficial, 1862, p.42. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 01 de junho de 2015.

<sup>229</sup> BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1848 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da oitava legislatura pelo respectivo ministro e secretario de Estado Visconde de Monte Alegre*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1850, p.43. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 01 de junho de 2015. Grifo nosso.

a partir da segunda metade do século XIX, ao controle de doenças transmissíveis, à organização e supervisão da profissão médica, ao saneamento do meio e aos cuidados médicos relativos a miseráveis e indigentes.

Na prática, o conceito de polícia médica significava um programa de ação social voltado para a saúde que visava mais ao aumento do poder do Estado do que à melhoria das condições de vida da população. Dentro destes limites, havia sem dúvida uma preocupação real pelo bem-estar social, sendo que alguns resultados concretos foram alcançados.<sup>230</sup>

Portanto, as opiniões de Francisco Cardoso, Gomes Nogueira e Visconde de Monte Alegre, bem como, as disposições expressas pelo regulamento desenvolvido por José Cândido da Silva Murici estavam em sintonia com um dos principais conceitos médicos utilizados por diferentes nações ao longo do século XIX. Eles agiam e pensavam conforme as concepções médicas vigentes àquela época que propunham, entre outras medidas, uma intervenção mais incisiva no corpo social por parte do poder público segundo conceitos, teorias e hipóteses construídas no campo médico-científico. O conceito de polícia médica ou sanitária chegou a ser utilizado no decreto n. 828 de 1851 que regulamentou a Junta Central de Higiene Pública e no decreto n. 9554 de 1886 que reorganizou toda a estrutura dos serviços de saúde pública do Império brasileiro, demonstrando a ampla ressonância das formulações de Johann Peter Frank.

O regulamento produzido por José Cândido da Silva Murici e os relatórios ministeriais e provinciais não são os únicos documentos a tratar de questões sanitárias relevantes para o Paraná. As posturas municipais também revelam importantes detalhes sobre como as municipalidades organizavam o saneamento do quadro urbano e elaboravam estratégias para a contenção de epidemias. Diante da impossibilidade de analisar todas as posturas municipais referentes aos vários municípios do Paraná, resolvi adotar como paradigma desse tipo de legislação as posturas de 1858 referentes à cidade de Paranaguá.

#### *Um drama higiênico: as posturas municipais de 1858.*

As posturas municipais foram o principal instrumento legislativo que regulamentou o saneamento e a adoção de medidas para a prevenção de doenças nos municípios até a criação da Junta Central de Higiene Pública em 1851. Além de disporem sobre os costumes locais,

<sup>230</sup> ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Trad. Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, pp.188-189.



tinham como objetivo organizar e aprimorar as forças policiais. O Código de Posturas Municipais, como conhecido atualmente, foi produto das Ordenações Afonsinas que, em meados do século XV, obrigou as câmaras a possuir livros específicos para o registro das posturas. Ordenações do Reino ou Leis do Reino de Portugal compunham o sistema jurídico do Reino e se estenderam da segunda metade do quatrocentos até às codificações modernas do século XIX. Integravam três sucessivos códigos: Afonsinas (século XV); Manuelinas (1521-1603) e Filipinas (1603-1643). As ordenações pautavam-se sobre as vereações e posturas para estabelecer as normas de direito municipal.<sup>231</sup>

Em Portugal os registros mais antigos associados às posturas municipais situam-se nas cartas de foros dos conselhos medievais portugueses. Esses registros, oriundos do direito consuetudinário, indicavam uma mudança do direito oral para o escrito e já continham disposições referentes aos costumes locais. Por volta do século XIV, o termo *postura* assumiu a denotação de lei municipal. Além de prescrever normas, estabelecia punições. Tinha como sinônimos os termos *degredo* e *vereação*. Este último designava as reuniões dos oficiais da câmara e seus respectivos registros ou atas de sessões. As posturas, criadas durante essas sessões, passaram a indicar as normas registradas nos livros atas.<sup>232</sup>

Inicialmente, as posturas não podiam ser alteradas por nenhuma autoridade judiciária ou administrativa do Reino. Corregedores e ouvidores se limitavam a verificar seu cumprimento e solicitar sua atualização. Os recursos contra esse tipo de legislação só poderiam ser impetrados junto às câmaras ou ao próprio rei. Posteriormente elas se tornaram mais maleáveis, podendo ser facilmente modificadas de acordo com a conjuntura política e social, diferentemente do direito cível e criminal. Somente as espécies jurídicas tiveram cunho permanente. Em essência, cabia aos conselhos municipais o ato de legislar e à almotaçaria, o exercício executivo. Designados pelas Ordenações Filipinas, os almotacés tinham como responsabilidade a fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas pelas posturas. Em relação aos preceitos higiênicos, a almotaçaria deveria observar, entre outras medidas, o abastecimento de água das cidades; o controle de animais soltos pelas ruas; a vigilância de hábitos alimentares, gestuais e formas de lazer. Essas determinações já estavam presentes nos regimentos das cidades medievais portuguesas, revelando não somente o aspecto processual dessa espécie de lei como também seu regime de longa duração.<sup>233</sup> As Ordenações Filipinas serviram ainda como fundamento dos provimentos do ouvidor Pardinho, editados na década

<sup>231</sup> PEREIRA, Magnus Roberto de Mello (org.). *Posturas municipais Paraná: 1829 a 1895*. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 2003, pp.3-5.

<sup>232</sup> Ibidem, pp.4-7.

<sup>233</sup> Ibidem, pp.5-9.

de 1720 e que vigoraram tanto em Paranaguá, como em Curitiba, antes da consolidação dos códigos municipais.

A primeira postura referente à cidade de Paranaguá que obtive acesso data de 1858 e foi instituída pelo decreto n.44 de 18 de março, durante o governo de Francisco Liberato de Mattos (1857-1859). Em seus primeiros artigos dispõem a respeito dos cemitérios, enterros e dobres de sino, proibindo os sepultamentos no interior das igrejas, bem como, de pessoas falecidas de moléstia contagiosa nos cemitérios da cidade: “assim, os leprosos e as vítimas de epidemias deviam ser sepultados em locais bastante afastados da população. Os variolosos, além desta exigência, deviam ser enterrados à noite, para a prevenção do contágio”.<sup>234</sup>

Os gêneros alimentícios também sofriam controle por parte dos fiscais da câmara. Aqueles que fossem flagrados comercializando produtos falsificados, corrompidos e estragados teriam a mercadoria apreendida e/ou descartada, ficando sujeitos ao pagamento de multas e prisões. Outra providência que chama atenção diz respeito ao esgotamento de pântanos, *águas infectas*, lixos e *tapamentos de terrenos*.

Art.14. Aquele, que no interior da cidade conservar água estagnada, será obrigado a dessecá-la no prazo de vinte dias, depois da intimação do fiscal.

Ao contraventor multa de doze mil reis.

Art. 15. O que de qualquer modo tapar, estreitar ou fizer despejos nas valas públicas, que dão esgoto às águas da cidade, será multado em dez mil reis, e obrigado a remover os embaraços a sua custa. O que não tiver meios, sofrerá oito dias de cadeia, e neste caso o fiscal mandará fazer tais remoções à custa da Câmara.

Art. 16. Fica proibido dar esgoto e águas pluviais das áreas, ou quintais de uns para os outros vizinhos.

Ao contraventor multa de vinte mil reis.

Art. 17. Ninguém dará esgoto às águas das áreas, ou quintais, dos prédios urbanos, por cano inferior à calçada da rua.

Pena de vinte mil reis de multa e desfazer o cano a sua custa.

Art. 18. O que lançar águas infectas, lixos ou imundícias no quintal, área, ou cano de sua propriedade, que aliás devem ser conservados bem limpos, será multado em vinte mil reis.

Art. 19. Ninguém poderá lançar à rua objetos, que prejudiquem o seu asseio.

Ao contraventor multa de seis mil reis.

Art. 20. Desde as seis horas da manhã até as dez da noite é proibido fazer-se qualquer gênero de despejo imundo, salvo em vasilha hermeticamente fechada, ainda mesmo nos lugares permitidos.

Art. 21. O dono de terrenos, próprios ou concedidos pela Câmara, nos lugares que forem indicados, deverá mandar tapá-los no prazo marcado por edital, de modo que neles se não possam fazer despejos.

Ao contraventor multa de dez mil reis.<sup>235</sup>

<sup>234</sup> FERNANDES JUNIOR, Lindolfo. *Memórias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (1853-1983)*. Curitiba: Imprensa Oficial, 1988, p.5.

<sup>235</sup> PARANÁ. Decreto n.44. Posturas da Câmara Municipal de Paranaguá. *Coleções das Leis, Decretos, Regulamentos e Deliberações do Governo da Província do Paraná. Tomo V*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1858, p. 47.

Qual a razão de tamanho receio em relação às águas paradas? Por que essa ansiedade em controlar o fluxo aquático? Um recuo nas balizas cronológicas ajudará a compreender os fundamentos desse temor e ao mesmo tempo estabelecer uma ligação entre teorias médicas e a legislação aqui analisada.

Antes dos progressos da química pneumática o ar ainda era considerado um fluído elementar e não uma mistura ou combinação química de gases. Com a publicação dos trabalhos do médico francês, pioneiro da reforma higiênica na França, Jean Noël Hallé (1754-1822), muitos médicos ficaram convencidos da importância do ar para a composição das texturas do organismo vivo. Agindo de múltiplas formas, pelo contato da pele, membrana pulmonar ou ingestão direta e indireta, o ar passaria a ser responsável pela expansão dos fluídos e tensão das fibras, conforme suas qualidades físicas, que podiam variar de acordo com a região e as estações climáticas. Acreditava-se que temperatura e umidade atmosférica exerciam influência direta sobre os corpos. O calor, ao tornar o ar rarefeito, dilatava as fibras causando a sensação de relaxamento e torpor. Por sua vez, o ar frio ao enrijecê-las produziria efeito contrário, estimulando a vivacidade. Pensava-se ainda que o ar fosse responsável por arrefecer o sangue, regulando o processo de transpiração. Daí a crença nas propriedades terapêuticas do ar fresco. Em contrapartida, o ar frio poderia originar moléstias por dificultar a evaporação das *excreta*, isto é, dos excrementos.<sup>236</sup>

Diferentes tradições científicas do século XVIII e XIX atribuíam características específicas e diversas ao ar. Alguns expressavam crenças segundo as quais ele seria responsável pela transmissão de partículas magnéticas ou ainda o local de expansão do flogístico de Stahl<sup>237</sup>. A despeito de tais ideias, havia um consenso praticamente geral de que o ar continha em suspensão substâncias que emanavam dos corpos, em outras palavras, junto à atmosfera imiscuíam-se as emanções telúricas, os vapores miasmáticos que exalavam da terra. Como a saúde do organismo dependia da qualidade física do ar, as águas estagnadas representavam um dos principais temores da medicina neo-hipocrática. Enxofres e vapores mefíticos comprometiam a elasticidade do ar e ensejavam asfixia; sais ácidos metálicos coagulavam o sangue dos vasos capilares; miasmas desprendidos de matérias putrefatas desenvolviam epidemias. As normas que definiriam o salubre e o insalubre ancoraram-se inicialmente nas propriedades atribuídas ao ar.<sup>238</sup>

<sup>236</sup> CORBIN, Alain. *Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. Trad. Ligia Watanabe. São Paulo: Companhia das letras, 1987, pp.19-21.

<sup>237</sup> A teoria do flogístico, aperfeiçoada por Stahl, foi uma tentativa de explicar os processos biológicos da respiração e do metabolismo animal. Ela permaneceu unânime até o advento de Lavoisier.

<sup>238</sup> CORBIN, *op. cit.*, pp.21-22.

O temor em relação aos despejos de imundícies explicitados pelas posturas da Câmara Municipal de Paranaguá provinha presumivelmente do reconhecimento dos danos causados pela putrefação. No início do século XVII, Francis Bacon (1561-1626) dedicara-se ao estudo dos desarranjos e/ou desequilíbrios entre as partes do organismo que conduziam, em sua opinião, à dissolução pútrida. Mas foi com o alemão Johann Joachim Becher (1635-1682) que a putrefação ganhou contornos teóricos. Em sua concepção ela seria um “movimento intestino permanente” em constante luta contra os arranjos ou harmonia entre as “partes”. Esse movimento, oriundo da livre agitação de moléculas até então fixadas, seria o responsável pelo odor característico dos corpos em decomposição. Robert Boyle (1627-1691) constatou que a decomposição da matéria orgânica produzia ar, batizado pelo químico escocês Joseph Black (1728-1799) de “ar fixado”. Justificava-se assim o receio da inalação de miasmas venenosos que pudessem vir a corromper o equilíbrio das forças intestinais. Uma vez que as doenças provinham dos odores fétidos, o método terapêutico adotado pelos higienistas olfativos fundamentava-se nos aromas. Suas estratégias no âmbito da saúde pública estavam basicamente voltadas para a contenção do “ar fixado”.<sup>239</sup>

Putrefação e umidade estavam intimamente relacionadas. Pensava-se que os vapores d'água carregavam substâncias nocivas. Orvalhos, serenos e nevoeiros deveriam ser evitados, pois a umidade enfraquecia as fibras e liquefazia os humores. A solução para esta ameaça estava na fluidez ou movimento dos líquidos, numa palavra, escoamento dos dejetos. A correnteza dissolveria as moléculas orgânicas purificando a água. Pululavam exemplos para demonstrar o caráter morbífico das águas estagnadas, sobretudo aquelas armazenadas em toneis, barris e cisternas. A formação de poças, por menores que fossem, despertavam imensos pavores. Lavagens deveriam ser evitadas, principalmente em navios, onde a putrescência era mais vigorosa em razão dos vapores salinos do mar.<sup>240</sup>

Às vésperas da revolução de 1789, Paris incorporava todos aqueles males que as posturas de Paranaguá tencionariam evitar mais tarde. Sopros mefíticos e eflúvios nauseabundos oriundos das emanações subterrâneas tomavam a atmosfera da capital francesa. Os muros das casas serviam como latrinas já àquela época, disseminando o cheiro insuportável de urina estagnada. Os encanamentos precários se rompiam com frequência e inundavam ruas e quintais com matérias lodosas e excrementícias.<sup>241</sup> Importante ressaltar que

<sup>239</sup> Ibidem, pp. 25-28; SICCA, Natalina Aparecida L.; GONÇALVES, Pedro Wagner. História da Química e da Geologia: Joseph Black e James Hutton como referências para educação em ciências. *Química Nova*, vol. 25, n.4, 2002, pp.689-695. Uma vez mais se percebe a extensão da tradição hipocrática, cujo fundador defendia o combate às pestes mediante a queima de aromatas.

<sup>240</sup> CORBIN, *op. Cit.*, pp.47-50.

<sup>241</sup> Ibidem, pp.40-41.

na França daquele tempo também houvera prescrições semelhantes às posturas portuguesas e brasileiras que regulamentavam a fisiologia urbana das principais vilas e cidades. Decretos sanitários, por exemplo, publicados na segunda metade do século XVIII, proibiam o lançamento de sólidos e líquidos nas vias públicas; determinavam a ampliação dos sistemas de cloacas, varrimento de ruas, coleta diária de lixo domésticos e escoamento de córregos. Essas tarefas geralmente eram realizadas por condenados, pessoas pobres sem ocupação, enfermos e mendigos. Existiam ainda os mestres limpa-fossas que exerciam o monopólio da função. Juntos, integravam um grupo social denominado “operários da imundície”.<sup>242</sup>

Esgotos gerais só seriam implantados de forma definitiva em Paris no final do século XIX. Alguns sábios defendiam que eles seriam o método mais eficaz para a circulação dos excrementos, eliminando os problemas inerentes à estagnação. Diferentemente das fossas sépticas, os esgotos gerais permitiam maior controle dos fluxos. Todavia, sua instalação por parte dos franceses ocorreu tardiamente. A resistência foi motivada, sobretudo pelos encargos considerados abusivos por muitos proprietários e pelas companhias limpa-fossas, grupo bastante consolidado e que via na generalização dos esgotos uma ameaça aos seus negócios.<sup>243</sup> Na Inglaterra vitoriana a situação era oposta. Em muitas cidades, mediante a adoção de uma taxa municipal, foi possível a instalação de sistemas generalizados de abastecimento de água e coleta de esgotos. Do outro lado do Canal da Mancha, na França, a recusa e a desconfiança em relação às inovações urbanas e sanitárias foram mais acentuadas.<sup>244</sup>

Nos estertores finais das crenças pré-pastorianas, ou seja, anteriores ao advento da bacteriologia, duas estratégias de desinfecção entrariam em conflito. A primeira delas, denominada técnica da redoma, apoiava-se no princípio do estancamento. Fossas sépticas metálicas, hermeticamente fechadas, receberiam os dejetos dos gabinetes (toilettes) e os conduziriam, mediante canos forrados com material também metálico, para as usinas localizadas fora do perímetro urbano. A segunda estratégia, elaborada por engenheiros e amplamente utilizada na Inglaterra, previa a eliminação rápida das matérias fecais com a correnteza dos esgotos, sem passagem e estancamento prévio em fossas. Diferenciava-se da primeira por pautar-se nos pressupostos do movimento e da diluição e não da estagnação e redoma. Apesar de sua maior eficácia na contenção dos fluxos mórbidos, foi ignorada por um bom tempo pelos administradores franceses.<sup>245</sup>

---

<sup>242</sup> Ibidem, pp.124-125.

<sup>243</sup> Ibidem, pp.155-156.

<sup>244</sup> Ibidem, p.221.

<sup>245</sup> Ibidem, pp. 285-288.

Importante notarmos que nas províncias francesas o despejo de imundícies em calçadas, ruas e vielas era praticado inclusive por burgueses, sequiosos em emular os hábitos e costumes dos grupos aristocráticos. Em algumas cidades do interior somente as habitações de famílias abastadas possuíam fossas sépticas. Em outras, ainda podia-se constatar, em pleno início do século XX, as práticas de despejo<sup>246</sup>, ansiosamente temidas e combatidas pela Câmara Municipal de Paranaguá em 1858. Poderíamos multiplicar *ad infinitum* os exemplos. O importante é observarmos como uma região que ocupava posição marginal no interior de uma província periférica, não se distinguia profundamente, no que diz respeito ao saneamento, de núcleos urbanos situados em países centrais, com economia e influências culturais e sociais pujantes àquela época (segunda metade do século XIX). Problemas sanitários observados em larga escala, inscreviam-se na ordem do dia de vilarejos litorâneos como Paranaguá.

Infelizmente não foi possível identificar os autores das posturas de 1858 e reconstituir suas trajetórias profissionais. Não disponho de dados para afirmar se médicos integravam ou não o corpo legislativo municipal àquela época. Todavia, Ricardo Augusto da Silva Rego, inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá, expressava nos relatórios sobre a Inspetoria sua crença na teoria miasmática, deixando transparecer uma afinidade teórica com os artigos 14 a 21 das posturas municipais de Paranaguá promulgadas em 1858. A par disso é possível inferir que chefes de polícia, presidentes e vice-presidentes da província e, sobretudo, os inspetores de saúde do porto atuavam em conjunto na elaboração de posturas e demais normas legislativas:

Outro sim as chuvas copiosas e a duradoura inconstância do tempo ou irregularidade cotidiana das condições atmosféricas antes e após o equinócio, influindo em grande escala sobre os indivíduos e sobre as águas potáveis, deram lugar a que aparecesse nesta cidade em fins do mês de setembro, em todo o de outubro e princípio de novembro uma afecção gastro intestinal.<sup>247</sup>

As posturas de 1858 expressavam ainda outras normas referentes à saúde pública. Os matadouros, por exemplo, também alimentavam a vigilância constante. Nenhum animal poderia ser abatido fora daquele espaço. Entranhas, dejetos orgânicos e, principalmente o

---

<sup>246</sup> Ibidem, pp.223-224.

<sup>247</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 430 CAIXA 373. Breve notícia sobre a inspeção de saúde do porto de Paranaguá durante o ano de 1862 apresentado ao Exm. Sr. Doutor Antonio Barboza Gomes Nogueira, digníssimo Presidente da Província do Paraná pelo inspetor da mesma repartição o Dr. Ricardo Augusto da Silva Rego. Rio de Janeiro, 1863, p.4.

sangue, deveriam ser recolhidos ou limpos imediatamente.<sup>248</sup> Animais enfermos de forma alguma seriam esquartejados e comercializados segundo as posturas. Somente estabelecimentos autorizados pela Câmara estariam aptos a vender carnes destinadas ao consumo público. Em virtude da inexistência, àquela época, de sistemas de refrigeração, estava proibida a exposição das reses por mais de vinte e quatro horas. Porcos e gado vacum flagrados circulando livremente pelo quadro urbano seriam apreendidos e declarados propriedade da Câmara.<sup>249</sup> O uso das fontes d'água também estava regulamentado. Não havia abastecimento de água por canos, muito menos coleta generalizada de esgotos. Carroças se dirigiam às fontes e enchiam as pipas conforme a determinação do fiscal.<sup>250</sup>

Após analisar as proposições políticas de saúde pública desenvolvidas a nível mais geral e específico, o próximo capítulo abordará os principais surtos e ameaças epidêmicas ocorridas no Paraná ao longo da segunda metade do século XIX.

---

<sup>248</sup> O temor em relação ao sangue se dava pela crença imputada a esse líquido de possuir um grau elevado de putrescência e transmissibilidade de “ar fixado”.

<sup>249</sup> PARANÁ. Decreto n.44. Posturas da Câmara Municipal de Paranaguá. *Coleções das Leis, Decretos, Regulamentos e Deliberações do Governo da Província do Paraná. Tomo V.* Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1858, p. 48-49.

<sup>250</sup> Ibidem, p.59.

### **Terceiro Capítulo: *Surtos e ameaças epidêmicas no Paraná ao longo do século XIX***

Uma epidemia é um acontecimento com impactos emocionais significativos sobre uma sociedade, cuja intensidade situa-se no tempo e no espaço. Pode ser definida como episódio de pânico e trauma psíquico, tanto a nível individual como coletivo, abrangendo a população de determinado local. A ocorrência desses eventos traumáticos ocasionam perturbações nos comportamentos cotidianos, alterando costumes, hábitos e principalmente as relações humanas. Em tempos de “peste” os costumes fúnebres se alteravam, os cantos deixavam de ser entoados, assim como os toques de finados e os sepultamentos individuais. Hábitos como: dobres de sino, sacramentos de comunhão ministrados aos moribundos, cortejos fúnebres, enterros faustosos e fechamento de portas e janelas de casas onde se encontrava um cadáver, também eram vistos como prejudiciais à população durante as epidemias. As autoridades médicas propunham vigilância auditiva e olfativa, pois se acreditava que, odores, barulhos de sinos e procissões podiam agravar o estado de saúde de um enfermo. Muitos médicos do século XIX afirmavam ainda que o medo, aliado a outros problemas psíquicos, tornavam o indivíduo mais suscetível ao contágio.

A obscuridade da morte; a taciturnidade quando a urbe se assemelha a um campo de batalha juncado de mortos; a solidão reforçada pela abolição abrupta de ritos religiosos coletivos, costumes e hábitos cotidianos, eis a descrição um tanto sucinta do cenário aterrador produzido por um flagelo epidêmico. A fuga era uma das primeiras atitudes tomadas quando uma epidemia despontava numa cidade. Os ricos assumiam a dianteira. Por sua vez, as pessoas comuns combatiam o mal com recursos que estavam ao seu alcance, entre eles a própria fuga. Diante de tragédias como essas as famílias dissolviam-se e isolavam os entes queridos vitimados pela doença. Missas, comércio, aulas e qualquer espécie de lazer e divertimento ficavam proscritos. Diversas outras imagens poderiam ser aqui evocadas para dar uma ideia das situações catastróficas que eventos mórbidos como um surto epidêmico podiam e podem ainda suscitar.

Charles Rosenberg, ao analisar a epidemia como fenômeno social cujas formas assumiriam dimensões dramáticas, situa os comportamentos e atitudes por ela suscitados em uma sequência de atos análoga ao enredo dramático. A primeira reação observada seria a demora em reconhecer a doença por força de interesses econômicos, institucionais e sociais. A aceitação pública do flagelo ocorreria somente quando fosse inevitável. O próximo passo consistia na criação de um quadro explicativo, mediante acordo coletivo, capaz de fornecer sentido ao mal e meios de combatê-lo. Esse quadro explicativo podia ter raízes em questões



transcendentais, ou seja, sistemas de crenças de ordem mística. Mas isso não significa que justificativas laicas não fossem invocadas. A busca por explicações significava esperança no controle à doença. O terceiro ato dizia respeito às ações públicas desenvolvidas em reação aos surtos epidêmicos, muitas vezes sob pressões morais e políticas exercidas pela sociedade afetada. Na visão de Rosenberg, medidas de combate às epidemias constituiriam rituais coletivos integrados a elementos cognitivos e emocionais, como religião e explicações etiológicas racionais.

Para historiadores e cientistas sociais, o teor dos rituais públicos fornece percepções a respeito de valores sociais em determinados períodos históricos, enquanto que os conflitos por hegemonia suscitados pelos representantes de cada espécie de ritual específico propiciam perspectivas a respeito das estruturas de autoridade e crença. Portanto, na epidemia de cólera de 1832, inconsistências entre as visões leigas e médicas sobre o contágio modelaram o pensamento político da Europa e da América do Norte; os leigos, quase que unanimemente assumiam o caráter contagioso das doenças, enquanto a opinião médica estava dividida.<sup>251</sup>

O último ato tem relação com o declínio da epidemia e a reflexão a respeito dos fatos ocorridos. A rigor, essa fase traz à tona as marcas, muitas vezes indelévels, imprimidas pela doença na comunidade afligida. A questão mais importante desse conjunto de ações seria os modos pelos quais a comunidade absorve, formula interpretações e retira ensinamentos valiosos para o futuro. Dito de outra forma, o aspecto basilar desse processo diz respeito ao fato de como uma doença é construída histórica e socialmente. Conforme a metáfora de Rosenberg, da mesma forma como um dramaturgo escolhe seu tema e organiza sua trama, uma sociedade constrói suas próprias respostas às epidemias. O exame desses desenlaces traumáticos propicia ainda revelações muito importantes ao historiador a respeito de padrões fundamentais relativos a valores sociais e práticas políticas, econômicas e institucionais.

Nesse aspecto, o objetivo geral deste capítulo é integrar analiticamente as análises desenvolvidas no primeiro e segundo capítulos referentes ao aparato sanitário montado em âmbito nacional e regional com os problemas decorrentes das ameaças e surtos epidêmicos enfrentados pela população litorânea da província do Paraná. Dito de outra forma, minha intenção é verificar como a estrutura estatal montada pelo governo imperial e da província paranaense funcionou diante da realidade sanitária do Paraná. Procuro ainda examinar os comportamentos e as atitudes de autoridades políticas, médicas e policiais diante desses momentos de tensão e, sobretudo, as relações estabelecidas entre elas.

---

<sup>251</sup> ROSENBERG, Charles. *Explaining Epidemics and other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p.285. Tradução realizada sob minha própria responsabilidade.

Para tentar responder estas questões recorro a uma documentação com uma tipologia heterogênea. Serão utilizadas obras de memorialistas; literatura médica da época; relatórios de presidentes, vice-presidentes, inspetores e provedores de saúde, ministros, médicos, delegados de polícia, comissões de higiene pública; ofícios; telegramas; editais; periódicos; atas; cartas; correspondências; recenseamentos e recomendações profiláticas propostas por comissões extraordinárias de saúde pública. Para compreender as teorias médicas endossadas pelos esculápios do Paraná e que embasaram as ações do Estado no combate às epidemias, será necessário recuar as balizas cronológicas em alguns momentos da narrativa para compreender como foram formadas e as razões pelas quais se difundiram internacionalmente, influenciando as políticas sanitárias de inúmeros países e cidades do globo.

Na primeira e segunda seções do capítulo investigo as soluções estabelecidas nas Conferências Sanitárias Internacionais para conter o avanço do cólera e os primeiros surtos da doença no Brasil. A terceira seção discorrerá a respeito dos problemas, conflitos e controvérsias suscitadas pelas ameaças de epidemia de cólera no Paraná ao longo do século XIX. A quarta seção abordará aspectos relacionados aos sintomas, etiologia, diagnóstico e formas terapêuticas da febre amarela com base nas pesquisas desenvolvidas por João Vicente Torres Homem, Domingos Freire e João Batista Lacerda. Em seguida analiso as interpretações da febre amarela em termos etiológicos e sintomatológicos realizadas pelo médico paranaense Leocádio José Correia. Logo após examino os dois principais surtos de febre amarela ocorridos no Paraná nos anos 1857 e 1878. Posteriormente discuto os tipos de varíola existentes; sua sintomatologia; formas de prevenção; desenvolvimento da vacina antivariólica; a introdução da vacina no Brasil e os problemas enfrentados para sua generalização. Na última seção me atendo aos problemas vivenciados pela população do litoral do Paraná durante o surto de varíola ocorrido nos anos 1862-1863 abordando igualmente as dificuldades em relação à aplicação e difusão da vacina.

*Cólera: pandemias, etiologia, formas de transmissão e políticas internacionais de prevenção.*

Até o século XIX o cólera ficou restrito ao continente asiático, onde existiu de forma endêmica, principalmente em países como a Índia. A colonização britânica, ao lado de outros fenômenos e movimentos, tais como a expansão do comércio marítimo, guerras e deslocamentos migratórios, contribuiu para a penetração do cólera no Ocidente. A doença despertou atenção das nações ocidentais europeias somente na década de 1810, quando tropas inglesas foram dizimadas pelo mal de Ganges em territórios indianos. Isso expôs os perigos relativos à transmissibilidade da doença e criou uma consciência a respeito da necessidade de se desenvolver e adotar práticas de controle mais amplas e generalizadas. A despeito disso, a primeira pandemia ocorrida entre os anos de 1817 e 1823 não afetou drasticamente o continente Europeu, limitando-se a regiões da China, Japão, partes do Leste asiático, Madagascar e Costa Leste africana. A moléstia varreria a Europa somente na segunda pandemia que perdurou de 1826 a 1837, causando sérios distúrbios no âmbito social e econômico, atingindo ainda o norte da África e a Costa Leste da América do Norte. Seu impacto em termos psicológicos, sociais e mercantis ainda foi relevante na terceira (1841-1859) e quarta (1863-1875) pandemias. Os efeitos do cólera no Ocidente declinariam somente a partir da quinta pandemia (1881-1896), voltando a ficar confinado ao continente asiático na sexta e última pandemia (1899-1923).<sup>252</sup>

Na década de 1830 a etiologia do cólera era um enigma à comunidade médica europeia. Àquela época explicações teológicas e morais exerceram notória influência no pensamento médico que expressava ainda a crença na predisposição dos indivíduos vitimados pela moléstia. Condições precárias de habitação, má alimentação, em outras palavras, miséria extrema, constituíam fatores predisponentes. Acreditava-se ainda que alcoolismo e excessos sexuais desperdiçavam energias vitais ampliando a vulnerabilidade do organismo. Esse quadro interpretativo começou a mudar com o crescente consenso em torno da importância da anatomia patológica para a compreensão e definição das doenças. Assim que o cólera alcançou a Rússia em 1821 e o ocidente em 1830, patologistas começaram a estudar as mudanças fisiológicas causadas pela doença no organismo das vítimas, examinando detalhadamente seus estômagos e revestimentos intestinais. Ampliou-se igualmente o interesse pelos estudos das alterações patológicas do sangue de coléricos. Essas pesquisas ganharam impulso no início do século XIX devido à ascensão da química experimental e da

<sup>252</sup> EVANS, Richard, J. Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe. In: RANGER, Terence; SLACK, Paul. *Epidemics and Ideias. Essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, p.151 (Past and Present Publications).

formação de uma consciência da mútua dependência entre indivíduos, grupos sociais, comunidades e nações em função da percepção dos efeitos negativos da comunicabilidade das doenças. O sangue de doentes sofria alterações químicas e físicas, tais como acidez e espessura. Essas mudanças hematológicas acabaram por influenciar as interpretações dos sintomas do cólera. Com base nesses estudos foi desenvolvida uma terapêutica que constituía em injeções de soluções salinas (soro fisiológico) na corrente sanguínea do doente. Acreditava-se que a inoculação dessas substâncias poderia restabelecer o equilíbrio das constituições físicas e químicas do sangue. Utilizada como último recurso, isto é, nos estágios mais avançados da doença, essa terapêutica acabou não obtendo sucesso na cura de pacientes.<sup>253</sup>

Avanços nas explicações referentes à etiologia do cólera (que permitiriam a adoção de medidas preventivas mais eficazes) ocorreram somente na segunda metade do século XIX com os estudos desenvolvidos pelo médico britânico John Snow (1813-1858). Rejeitando o problema da predisposição, ele sugeriu no início de 1849 a contagiosidade do cólera, afirmando ainda como causa da doença um veneno capaz de se reproduzir no organismo humano e ser detectado nos excrementos e vômitos das vítimas. De acordo com Snow esses venenos seriam responsáveis por disseminar a doença mediante, sobretudo, o abastecimento de água contaminada. Com base em exames anatomopatológicos o médico britânico supôs que a morbidade residia no estômago e intestinos. Essas observações o fizeram concluir que a substância venenosa era introduzida no organismo pela cavidade bucal. Seus estudos foram reforçados com o cruzamento dos registros gerais das companhias de abastecimento de água potável da cidade de Londres. A pesquisa revelou que a taxa de contaminação foi maior entre os usuários abastecidos pela Southwark & Vauxhall Company cuja extração de água provinha de fontes contaminadas por esgotos. A análise desses dados permitiu a Snow presumir ser a água um dos principais meios de transmissão da moléstia, além de traçar uma geografia da doença na capital inglesa, mapeando casos individuais. Apesar dos avanços representados pela teoria hídrica de Snow, ela não obteve aceitação universal imediata. Suas ideias só teriam maior ressonância e influência na década de 1860, conjuntura na qual já era praticamente consenso entre a comunidade médica ocidental o fato de o cólera ter como causa específica um microrganismo capaz de ser transmitido de uma pessoa a outra.<sup>254</sup> Essa transmissão

---

<sup>253</sup> ROSENBERG, Charles E. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp.113-116.

<sup>254</sup> *Ibidem*, pp.117-120.

pressupunha a noção de contágio, teoria cuja primeira tentativa de sistematização foi realizada no século XVI pelo médico italiano Girolamo Fracastoro (1478-1533).<sup>255</sup>

Posteriormente, a teoria hídrica de John Snow entraria em conflito com a teoria do solo do higienista bávaro Max Von Pettenkofer (1818-1901). De acordo com este último o cólera seria causado por um germe *x* desenvolvido no organismo do doente e expelido ao meio externo mediante suas evacuações. O fator *y* constituía o meio adequado e necessário ao desenvolvimento do germe *x*. A conjunção desencadeava o sazonalidade e a procriação de *z*, a forma infectante do germe. Somente as condições locais em determinado momento seriam capazes de gerar uma epidemia ao favorecer a maturação do germe. Dessa forma Pettenkofer distinguia-se dos contagionistas, afirmando-se como *localista*.<sup>256</sup> George Rosen considera Pettenkofer representante da corrente teórica denominada contagionismo contingente, resultante da associação entre as teorias contagionista e miasmática, articulando, portanto, fatores muitas vezes excludentes. A despeito disso, essa posição, segundo Rosen, tornou-se a mais difundida entre médicos e leigos na segunda metade do século XIX.<sup>257</sup>

Se até o século XVI a relação entre contágio e miasmas não era conflitante, no século XIX depreende-se um cenário diferente em função do debate em torno dos métodos de organização sanitária para o combate às epidemias. O reconhecimento da dimensão internacional do cólera ocorreu somente na década de 1850 e as opiniões das autoridades sanitárias estavam divididas. Não havia consenso se as medidas deveriam focar os indivíduos, objetos ou o meio ambiente. Adeptos da teoria contagionista defendiam ações rigorosas de isolamento e quarentena. Já aqueles que postulavam a teoria miasmática propugnavam reformas ambientais e urbanas com incisivas intervenções na vida coletiva. Inicialmente a Inglaterra adotou a quarentena como medida preventiva, mais especificamente durante as duas primeiras pandemias, ou seja, de 1817 a 1823 e de 1826 a 1837. Como essa medida não tinha evitado o retorno e a disseminação da doença, o governo britânico resolveu abandoná-la de maneira progressiva. Não obstante, havia ainda a questão econômica, pois as quarentenas tolhiam as liberdades comerciais com as quais os ingleses estavam comprometidos. Por outro lado, o fracasso dessas práticas sanitárias estimulou as primeiras tentativas de constituir uma política internacional para o combate à doença, expressadas nas conferências sanitárias internacionais. A primeira delas realizada em Paris no ano de 1821 caracterizou-se pela busca

<sup>255</sup> Sobre os trabalhos desenvolvidos por Fracastoro a respeito do contágio ver: CZERESNIA, Dina. *Do contágio à transmissão*. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997, pp.49-51.

<sup>256</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora UFRJ, 1999, p.280.

<sup>257</sup> ROSEN, George. *op.cit.*, p.211.

de um consenso internacional em torno da uniformização de medidas preventivas. O cerne das discussões dessas conferências foi o comércio marítimo e as quarentenas. Muitos países europeus continuaram a favor das medidas quarentenárias. As autoridades britânicas mantiveram sua posição contrária e procuraram aperfeiçoar um sistema de vigilância articulado com medidas preventivas específicas como isolamento e desinfecção, melhoramento das condições sanitárias e generalização dos serviços de abastecimento de água. As epidemias de cólera cessaram na Inglaterra após a década de 1870, comprovando a eficácia desse novo conjunto de medidas adotadas. No roldão do sucesso britânico outros países europeus também mudaram suas estratégias. O reconhecimento definitivo do sistema inglês ocorreu nas Conferências de Veneza e Dresden realizadas respectivamente em 1892 e 1893. Somente então as técnicas do sistema de prevenção britânico passaram a ser adotadas como base para as ações sanitárias preventivas internacionais.<sup>258</sup>

O problema da transmissão do cólera durante a década de 1850 dividiu opiniões. Em essência, as teorias hídrica e ambiental rivalizavam entre si, constituindo aquilo que poderíamos denominar, segundo Thomas Kuhn, como incomensurabilidade.<sup>259</sup> Todavia, Anne Hardy argumenta que ao final daquele decênio o foco do debate sofreu uma inflexão e a comunidade médica passou a enfatizar o melhoramento e incremento da organização sanitária. Diferente da pandemia da década de 1850, os surtos de cólera ocorridos na Inglaterra durante os anos 1860 encontraram uma estrutura sanitária melhor estabelecida. As autoridades britânicas atentaram para a importância da qualidade da água potável e da regulação do transporte marítimo. Os portos transformaram-se em principais alvos das medidas sanitárias impostas pelo governo inglês, não somente em razão da constatação segundo a qual constituíam o manancial de onde brotavam os surtos epidêmicos, mas em virtude do próprio crescimento do comércio internacional, do tráfego marítimo e dos movimentos migratórios. A chegada de navios oriundos dos portos bálticos, sobretudo de Hamburgo, despertava receios e ansiedade na população britânica. O cólera deixou de ser um problema circunscrito a regiões particulares específicas, entrando para a agenda de políticas sanitárias internacionais.<sup>260</sup> Igualmente, as medidas preventivas não poderiam mais ficar restritas a ações isoladas. Diante da ampliação das relações humanas a nível global, bem como, da complexificação das configurações sociais formadas por diferentes comunidades e

<sup>258</sup> HARDY, Anne. Cholera, quarantine and the english preventive system, 1850-1895. *Medical History*, Cambridge, v.37, jul. 1993, pp.251-252.

<sup>259</sup> KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

<sup>260</sup> HARDY, Anne. *op.cit.*, pp.253-255.

nações, a transmissão de doenças infectocontagiosas tornou-se um problema de todos, indivíduos e sociedades, demandando, portanto, medidas conjuntas e coletivas.

A importância assumida pelas doenças epidêmicas na segunda metade do século XIX obrigou muitos países a reorganizar suas estruturas de saneamento e higiene pública. Na América do Sul, esse processo colocou não apenas a reformulação do comércio, como também a reestruturação da saúde dos portos no centro dos projetos de modernização e centralização da vida política dos países latino-americanos. Na Inglaterra, por razões comerciais e políticas, as quarentenas ficaram fora de questão. Naquele país, o estabelecimento da autoridade sanitária em 1872 constituiu o último elo da estratégia de organização sanitária. Conforme apontado anteriormente, essa estrutura preventiva montada pelo governo britânico obteve sucesso em evitar a importação de doenças contagiosas e regular as condições sanitárias de seus portos. Esse sistema foi reforçado em 1875 com a aprovação do ato de saúde pública responsável por conceder amplos poderes às autoridades sanitárias com o intuito de regular a notificação e o isolamento compulsório de doentes acometidos por doenças pestilenciais. Embarcações e habitações dos distritos sanitários ficariam sujeitas, a partir de então, à desinfecção obrigatória. As reações por parte de capitães e suas tripulações diante dessas medidas foram semelhantes às aquelas suscitadas durante a adoção de práticas quarentenárias, pois esses grupos enxergavam nelas uma ameaça a seus negócios e às suas liberdades. O governo não deu ouvidos às queixas desses grupos sociais e optou, em 1885, por ampliar ainda mais os poderes das autoridades sanitárias portuárias. Portanto, a base do sistema de defesa britânico contra o cólera, colocado em prática durante as três últimas décadas do século XIX, foi formada por uma polícia marítima nacional, uma política preventiva interna de isolamento de indivíduos doentes e o reconhecimento da importância de aperfeiçoamentos sanitários e mudanças de hábitos sociais de higiene.<sup>261</sup> Em outras palavras, o aumento da participação do Estado na resolução dos problemas de interdependência sanitária exigiu igualmente a ampliação de seu poder coercitivo.

Após esse amplo panorama traçado em torno das concepções médicas e medidas preventivas relativas ao cólera, o objetivo da seção seguinte é submeter ao escrutínio histórico as atitudes coletivas diante dessa ameaça em diferentes regiões do Brasil ao longo do século XIX.

---

<sup>261</sup> Ibidem, pp.255-268.

*O cólera no Brasil oitocentista.*

No Brasil a doença se manifestou em 1855 (no contexto da terceira pandemia 1839-1861), atingindo a maioria das províncias do norte, com exceção apenas do Piauí e Ceará. Conforme os relatos históricos, a epidemia surgiu a partir da atracação da galera portuguesa *Defensora* no porto da cidade de Belém, província do Pará. Com aproximadamente 322 pessoas a bordo a embarcação procedente de Portugal aportou na capital paraense no dia 15 de maio de 1855. Durante a travessia do Atlântico morreram aproximadamente 43 pessoas, mesmo assim a galera apresentou carta de saúde limpa e obteve livre prática. Os colonos e passageiros disseram às autoridades sanitárias brasileiras que as mortes ocorridas durante o percurso foram em virtude da fome, sede e dos contínuos espancamentos sofridos. A comissão de higiene pública daquela província emitiu conclusão contrária em seu parecer afirmando que a causa das mortes fora envenenamento por sulfato de cobre. Segundo Pereira Rego, o parecer da comissão fora baseado em depoimentos e suposições, pois os corpos haviam sido atirados ao mar impossibilitando a realização de autópsias.<sup>262</sup> Lá a epidemia atingiu 16.800 pessoas, das quais 4.175 vieram a óbito. Do total de contaminados, 6.008 eram brancos; 3.499 índios; 3.617 mestiços livres; 1.236 mestiços escravos; 686 negros livres; 1.754 negros escravos. Os levantamentos realizados por Pereira Rego para aquela província apontaram uma taxa de óbito maior entre brancos (provavelmente oriundos de classes sociais inferiores), índios e mestiços livres. Entre os negros, a mortalidade acometeu principalmente os escravos, segundo o autor, em função das precárias condições de vida e higiene.<sup>263</sup>

O cólera também atingiu Salvador em 1855. No ano anterior a febre amarela assolara a cidade desviando o foco das autoridades sanitárias. Em função disso a atracação do vapor inglês *Mercury*, realizada em nove de março, passou despercebida. O vapor transportava bacalhau e contava com 13 tripulantes. O capitão W. Brine adoeceu no dia 25 do mesmo mês e veio a falecer em poucas horas. Suspeitava-se do cólera morbus, cujos sintomas eram confundidos com os das febres gástrica eruptiva, intermitentes e perniciosas. W. Brine partira da cidade de Hamburgo (cujo porto, como vimos, além de ser responsável por instaurar receio e pânico entre os britânicos, constituía o principal ponto de partida de grandes leva de imigrantes) onde reinava o cólera, com destino a S. John (Canadá ?), onde assumiu o

<sup>262</sup> PERNAMBUCO. *Relatório do estado sanitário da Província de Pernambuco no ano de 1856 apresentado pela Comissão de Higiene Pública da mesma*. Pernambuco: Tipografia D.F. Faria, 1857, p.7. REGO, José Pereira. *Memória histórica das epidemias da febre amarela e cólera morbo que tem reinado no Brasil pelo dr. José Pereira Rego*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1873, p.83.

<sup>263</sup> REGO, José Pereira. *Memória histórica das epidemias da febre amarela e cólera morbo que tem reinado no Brasil pelo dr. José Pereira Rego*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1873, pp.89-90.



comando do navio. De acordo com as descrições de Pereira Rego, as pessoas que haviam ingerido bacalhau transportado pelo vapor inglês, apresentaram sintomas do cólera, levando algumas pessoas a suspeitarem do alimento como transmissor do germe. Contudo, essa hipótese foi descartada em razão de outra, considerada mais convincente, ou seja, a importação do germe teria ocorrido mediante a atracação do vapor *Imperatriz*, realizada no dia 30 de julho de 1855 no porto de Salvador. O vapor provinha de Belém no Pará. Porém, a Comissão de Higiene Pública negou que a manifestação da doença estivesse relacionada com a importação do germe pelas embarcações *Imperatriz* e *Mercury*. Conforme a Comissão a eclosão da moléstia podia ser explicada pelas péssimas condições higiênicas da cidade de Salvador. Conforme os relatos da Comissão existiam na capital, esterqueiras de consideráveis dimensões e grande volume de águas estagnadas. O médico baiano Domingos Rodrigues Seixas (1830-1890) afirmava que as causas do cólera podiam ser encontradas no próprio país, sem negar, contudo, a transmissibilidade da moléstia.<sup>264</sup> Percebe-se, portanto, como os apontamentos da Comissão de Higiene Pública de Salvador destoavam da atitude comum tomada por grande parte das autoridades sanitárias do país que negavam as lastimáveis condições sanitárias de suas províncias. Afirmar como as de Rodrigues Seixas, segundo as quais doenças pestilenciais poderiam encontrar ambiente favorável para seu desenvolvimento em território brasileiro não agradavam as elites políticas imperiais, preocupadas em exportar uma imagem positiva do país. O próprio Pereira Rego acreditava que doenças como febre amarela e cólera teriam sido importadas de outros países. Esse debate tornar-se-ia ainda mais sensível nas décadas de 1870 e 1880, quando a imigração e a concorrência com a Argentina por imigrantes cresceriam exponencialmente.

Conforme assinala Pereira Rego, a epidemia pronunciara-se em Salvador a partir de três pontos: Freguesia de Santo Antonio, Freguesia de Santana e na povoação do Rio Vermelho. Nas duas freguesias existiam extensas e antigas estercarias. Por sua vez, a povoação do Rio Vermelho situava-se próxima à foz do rio Camarigibe, onde eram despejados os esgotos da cidade. Pressionada pelas autoridades sanitárias a administração pública deu início ao processo de limpeza do espaço urbano e à distribuição de medicamentos para todos os pontos da província. Todavia, essas medidas não foram suficientes para deter o avanço da doença que, em meados de agosto de 1855, chegou a ceifar diariamente a vida de mais de 100 pessoas na cidade de Cachoeira. Desanimados, os médicos e o delegado de polícia resolveram adotar uma solução individual abandonando aquela povoação em direção à capital. As pessoas dos níveis mais elevados da sociedade adotaram estratégia idêntica e

---

<sup>264</sup> Ibidem, p.93.

emigraram para outras localidades. Segundo Pereira Rego, essa atitude por parte de quem deveria, ao contrário, guiar e consolar a população aumentou o terror em relação ao caráter contagioso atribuído à doença. Os doentes e os mortos foram abandonados. Os cadáveres expostos às ruas ampliavam ainda mais o caráter crítico da catástrofe. Os sepultamentos não eram realizados por falta de gente, mas em virtude do temor inspirado pela ideia do contágio. Em Pernambuco a população reagiu de forma idêntica, negando-se a sepultar as vítimas, abandonando-as no interior das casas, nas ruas e nos cemitérios. Horrorizada com a violência do flagelo muitas pessoas migraram de cidade em cidade na tentativa de fugir da epidemia.<sup>265</sup> Na Bahia, o governo tentou reverter esse quadro caótico enviando para Cachoeira dezessete estudantes de medicina. Atuando junto aos estudantes estavam as irmãs de caridade que permaneceram na cidade prestando auxílio aos enfermos e moribundos, ou seja, além de soluções individuais como fugas e abandonos, ações voluntárias ou filantrópicas também foram praticadas com a esperança de conter a epidemia. Mesmo sendo um tabu àquela época por violar costumes fúnebres fortemente arraigados na tradição popular, alguns médicos resolveram incinerar os corpos insepultos na tentativa de melhorar as condições sanitárias. A crise atingiu níveis extremos em Cachoeira e Santo Amaro não somente pela ausência de sepultamentos, mas também por falta de água potável e escassez de gêneros alimentícios básicos e medicamentos. Ao ceifar a vida de inúmeros escravos, o cólera reduziu significativamente a principal força produtiva da produção agrícola do Recôncavo Baiano, região em grande parte responsável pelo abastecimento da cidade de Salvador. Se levarmos em consideração os dados de Pereira Rego a epidemia vitimou aproximadamente 36.000 pessoas na Bahia, das quais 5.000 somente em Cachoeira.<sup>266</sup>

Conforme Johildo Lopes de Athaide, as paróquias da cidade de Salvador que mais sofreram com a epidemia foram aquelas onde se concentravam maior número de indivíduos pertencentes aos níveis sociais inferiores. O autor cita o exemplo da paróquia do Pilar, situada próxima ao porto, com movimento comercial intenso, residências e condições de higiene precárias. A paróquia da Penha, apesar de distante dos focos iniciais da enfermidade, apresentou elevadas taxas de mortalidade. Lá as habitações também eram precárias e existiam grandes extensões de pântanos. As localidades menos castigadas pela epidemia foram Vitória e Brotas. A primeira por estar situada em região habitada pelas classes mais favorecidas da cidade e a segunda em função do processo de limpeza e canalização do rio Camorogipe. O governo da província da Bahia em conjunto com a Comissão de Higiene Pública colocou em

<sup>265</sup> PERNAMBUCO. *Relatório do estado sanitário da Província de Pernambuco no ano de 1856 apresentado pela Comissão de Higiene Pública da mesma*. Pernambuco: Tipografia D.F. Faria, 1857, pp.9-10.

<sup>266</sup> REGO, José Pereira. *op.cit.*, pp.94-104.

prática uma série de medidas para tentar conter o avanço da epidemia. Entre essas medidas estavam incluídas a obrigatoriedade de quarentenas para navios procedentes de portos infectados; neutralização de alguns focos de infecção existentes na cidade; mobilização de médicos, estudantes de medicina e enfermeiras; distribuição de conselhos aos proprietários e instruções sanitárias populares; visitas domiciliares; criação de hospitais e enfermarias provisórias.<sup>267</sup>

Na corte o cólera eclodiu em julho de 1855. Nas palavras de Pereira Rego a doença teria sido importada do Pará para o Rio de Janeiro pela embarcação *S. Salvador* a bordo da qual estavam 42 escravos, 18 passageiros e 5 praças. O apogeu da epidemia se deu entre os meses de setembro a novembro quando a doença ceifou diariamente a vida de 70 a 80 pessoas. Ao contrário do que afirmara a respeito da epidemia no Pará, Pereira Rego constatou que no Rio de Janeiro o cólera atingiu principalmente escravos e pobres livres. As estatísticas apresentadas pelo médico reforçam ainda mais o contraste entre as duas províncias. A epidemia de 1855 vitimou em torno de 4.542 indivíduos no Rio de Janeiro cujas condições sociais foram assim determinadas por ele: 948 livres; 1.677 escravos e 1.917 não determinados.<sup>268</sup> Os dados apresentados por Kaori Kodama revelam uma variação bastante distinta em relação aos números mencionados por Pereira Rego, cujas conclusões se basearam em grande medida nos relatórios de presidentes de província. Conforme a autora, entre 1855 e 1856 a epidemia tirou a vida de ao menos 11.000 pessoas na cidade do Rio de Janeiro e regiões adjacentes. O estudo de Kodama revela, entre outros aspectos, que as taxas de mortalidade por cólera foram superiores entre pobres e escravos. A partir de dados coletados nos registros de óbito da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro a autora traça um perfil sócio-demográfico das vítimas da epidemia de 1855. Na cidade do Rio de Janeiro, dos escravos africanos falecidos no período de julho de 1855 a junho de 1856, 58,62% foram em decorrência do cólera. Entre os escravos brasileiros ela representou 25,99% dos óbitos, índice semelhante verificado para o grupo denominado “brasileiros livres”, cuja taxa de óbito foi de 24,3%. Fora de período epidêmico a mortalidade dos livres tendia a ser ligeiramente superior a de libertos e escravos. A taxa de mortalidade variou ainda conforme a região de procedência dos escravos africanos, sendo superior, por exemplo, entre os escravos oriundos da África

<sup>267</sup> ATHAIDE, Johildo Lopes de. Notas históricas. Salvador e a grande epidemia de 1855. *Revista baiana de saúde pública*. Salvador, v.16, n. 1/4, jan.-dez., 1989, pp.49-51.

<sup>268</sup> REGO, José Pereira. *op cit.*, pp.106-120. Segundo Pereira Rego, a população da província do Rio de Janeiro em 1856 era de aproximadamente 850.000 pessoas, das quais 533.000 cativas. *Ibidem*. Por sua vez, o município do Rio de Janeiro contava em 1849 com uma população de 266.466 pessoas, das quais 110.602 cativas. SOARES, Luiz Carlos. *O “Povo de Cam” na capital do Brasil: a escravidão urbana no Rio de Janeiro do século XIX*. Rio de Janeiro: Faperj – 7Letras, 2007, pp.366-380.

Centro-ocidental. A autora atribui de maneira hipotética essa diferença à maior capacidade que os escravos nascidos no Brasil tinham para criar redes de sociabilidades e amparo, denotando, portanto, as distintas condições de vida que possuíam em relação aos cativos africanos.<sup>269</sup> Os trabalhos de Pereira Rego e Kodama desmontam o argumento de Charles Rosenberg segundo o qual o cólera não teria sido significativo em termos demográficos.<sup>270</sup>

A etiologia do cólera ainda era um enigma na década de 1830. Somente nos anos 1860 a comunidade médica começou a produzir conhecimento empírico viável sobre seu modo de transmissão. Porém, foi com Robert Koch (1843-1910) em 1883, quando uma nova especialidade médica ascendia, isto é, a bacteriologia, é que o agente etiológico específico foi descoberto. O laboratório, com todo seu aparato técnico capaz de garantir *status* de cientificidade às investigações científicas, substituiu os antigos gabinetes de consulta, assumindo cada vez mais importância na medicina. Reflexos desse movimento também puderam ser observados nos serviços de higiene pública, redefinidos à luz do novo paradigma bacteriológico. Esse novo conhecimento também causou impacto no cotidiano de pessoas comuns, cujas formas de organização da realidade foram profundamente transformadas. Da mesma forma, as bases teóricas de pesquisas já consolidadas nacional e internacionalmente estremeceram, ameaçando a reputação e o prestígio de inúmeras autoridades médicas.

O isolamento do agente causal e a compreensão dos processos de contágio do cólera permitiram a uniformização das medidas de saneamento. Em virtude desses avanços a Europa Ocidental vivenciou os últimos surtos da doença na década de 1890. Na Inglaterra o cólera já estava controlado desde 1870. No Brasil, grave surto atingiu os núcleos urbanos e as zonas rurais do Sudeste entre os anos 1894-1895 em estreita conexão com os problemas oriundos da incipiente industrialização nacional, do crescente fluxo imigratório e das consequências da ruína do escravismo. Essa epidemia foi importante, pois os conflitos médicos suscitados por ela ajudaram a solucionar muitas questões ainda pendentes a respeito da etiologia, classificação, profilaxia e tratamento do cólera.

O surto de 1894-1895 atingiu o Sudeste brasileiro no contexto da quinta pandemia (1881-1896). Os primeiros casos da doença manifestaram-se na hospedaria de imigrantes de São Paulo no ano de 1893. Adolfo Lutz, diretor do laboratório bacteriológico recentemente fundado naquele estado, travou ferrenha disputa com clínicos locais em torno dos

<sup>269</sup> KODAMA, Kaori. Africanos no Rio de Janeiro na epidemia de cólera, 1855-1856. *6º encontro Escravidão e liberdade no Brasil Meridional*. Florianópolis: UFSC, 2013, pp.2-11.

<sup>270</sup> ROSENBERG, Charles E. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p. 109.

diagnósticos que comprovariam a presença do bacilo vírgula nas dejeções dos doentes. No Rio de Janeiro as autoridades sanitárias ficaram divididas. Agostinho José de Souza Lima, diretor de Higiene e Assistência Pública Municipal propôs a instauração de cordões sanitários em mar e terra, bloqueando as comunicações com São Paulo. José da Silveira, inspetor de Saúde dos Portos concordou com as medidas sugeridas por Souza Lima, porém o chefe da Diretoria Sanitária, dr. Francisco de Castro, optou pelas desinfecções, pois não impediam o deslocamento de pessoas e a movimentação de mercadorias.<sup>271</sup>

Em outubro de 1893 a doença declinou em São Paulo, deixando um rastro de 53 vítimas. No ano seguinte ela ressurgiu no lado fluminense do Vale do Paraíba. Os ramais de várias estações da Estrada de Ferro Central do Brasil, interligando as duas cidades (Rio de Janeiro e São Paulo) foram suspensos. Somente quando a epidemia alcançou a cidade de Resende, em 22 de novembro de 1894, o governo brasileiro reconheceu a gravidade da situação. A interrupção do tráfego ferroviário e a estrutura sanitária preventiva montada nos portos não foi suficiente para impedir a penetração do cólera no interior do país. Cordões sanitários não mais se justificavam e o Instituto Sanitário Federal no Brasil precisou adotar outra estratégia para tentar conter o avanço da doença. O método utilizado foi aquele reconhecido pela Convenção Sanitária de Dresden, realizada em 1893. Desinfetórios foram instalados nas estações ferroviárias, com estufas a vapor e pulverizadores a vapor e de mão. Objetos eram aspergidos com sublimado corrosivo e germicidas. Por sua vez, pessoas eram desinfetadas com ácido fênico. Essas medidas tornaram o princípio defensivo mais flexível em virtude da sofisticação e incremento técnico dos equipamentos e substâncias químicas, uma aliança refinadíssima entre conhecimento tecnológico e médico.<sup>272</sup>

Na companhia de outros cientistas brasileiros postulantes do novo paradigma bacteriológico, Adolfo Lutz seguiu em sua Odisseia pela busca do bacilo nas fezes de coléricos. Azevedo Sodré, secretário do recém-criado Instituto Sanitário Federal, não firmava o diagnóstico por duas razões: desconhecimento da origem da epidemia e os resultados negativos dos exames bacteriológicos. Segundo Benchimol, o diagnóstico de cólera dependia da reunião de indícios relacionados aos seguintes fatores: origem, frequência e distribuição da doença; correlação exclusiva entre sinais clínicos e anatomopatológicos observados nos doentes com um microrganismo singular isolado. A dificuldade não era tanto identificar o bacilo vírgula, por sua forma, movimentos e reação a corantes, mas sim diferenciá-lo de

---

<sup>271</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora UFRJ, 1999, pp.251-252.

<sup>272</sup> Ibidem, pp.257-261.

outros micróbios com forma idêntica, mas que não tinham relação com o cólera. Após inúmeras controvérsias o diagnóstico foi confirmado em fins de dezembro de 1894.<sup>273</sup>

Além das províncias do Norte e do sudeste brasileiro, o mal do Ganges atingiu também a região sul. Antes de devastar a cidade de Porto Alegre em 1855 deixou um rastro de vítimas pelas províncias do Paraná e Santa Catarina. O foco inicial da epidemia teria sido o vapor *Imperatriz* (oriundo do Rio de Janeiro e com destino ao Rio Grande do Sul), que atracou no porto de Santa Cruz (SC) no dia 16 de outubro daquele ano. A bordo da embarcação faleceram, um dia antes, seis praças em decorrência do cólera. Pereira Rego estima em aproximadamente 200 indivíduos o número de afetados pela moléstia naquela província, dos quais, 63 faleceram. O vapor *Imperatriz* chegou a Porto Alegre em novembro de 1855 e rapidamente foi posto em quarentena. Entretanto, seus tripulantes e passageiros burlaram a vigilância das autoridades e com isso, acredita-se, espalharam a doença pelo interior da urbe. Conforme as estatísticas do chefe de polícia de Porto Alegre o cólera levou à sepultura 1.742 pessoas naquela cidade durante o surto de 1855.<sup>274</sup> No Paraná o cólera não chegou a se manifestar epidemicamente, mas sua ameaça causou pânico junto à população e demandou esforços por parte do poder público proporcionais àqueles mobilizados no enfrentamento da febre amarela.

#### *O cólera na província do Paraná.*

Em 1855 o provedor interino de saúde do porto de Paranaguá era o médico Theodoro Reichert. Em virtude das manifestações epidêmicas do cólera nas demais províncias do Império, Reichert resolveu adotar um regime rigoroso de quarentena e dividir o núcleo urbano da cidade em sete distritos, contendo, cada distrito, um aspensor ao custo de 30 mil réis mensais a unidade. Os domicílios seriam pulverizados uma vez por semana com soluções de peróxido de manganês, ácido sulfúrico e sal comum. Esta e outras medidas, como as quarentenas impostas por Reichert, chamaram a atenção do capitão do porto. Prontamente ele enviou um ofício ao Ministério da Marinha reclamando das ações do médico alemão. Sua atitude fez com que o Ministério do Império ordenasse uma devassa na Inspetoria de Saúde de Paranaguá, coordenada por Henrique B. Rohan, presidente da província. Em novembro de

<sup>273</sup> Ibidem, pp.251-266.

<sup>274</sup> REGO, José Pereira. *Memória histórica das epidemias da febre amarela e cólera morbo que tem reinado no Brasil pelo dr. José Pereira Rego*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1873, pp.198-203. Sobre a incursão do cólera pela província do Rio Grande do Sul no século XIX ver: WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofrendores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, 2007, 276f.

1855 Rohan relatou inúmeras queixas contra o provedor em razão da sua suposta conduta coercitiva e leviana, demonstrando inépcia em assuntos administrativos. Em seu relatório o presidente da província descreveu as ações de desinfecção como despesas inúteis e despropositadas. A despeito disso, sua demissão não foi cogitada de imediato, pois inexistia médico para substituí-lo. Problema crítico àquele tempo, dado o país possuir apenas duas faculdades de medicina para atender uma população de aproximadamente oito milhões de pessoas.<sup>275</sup> Posteriormente, Angelo Christino Rego, procedente da Corte, viria a substituir Reichert à frente da inspetoria.<sup>276</sup> Àquele tempo exerciam seu ofício na província do Paraná apenas quatro médicos legalmente habilitados: Theodoro Reichert e Angelo Christino Rego na cidade de Paranaguá; José Cândido da Silva Murici em Curitiba e José Francisco Correia na Vila do Príncipe. Carlos Tobias R. e Guilherme Krebs eram médicos estrangeiros residentes no litoral do Paraná, mas não podiam ser empregados por não possuírem carta de habilitação expedida pela Junta Central de Higiene.<sup>277</sup>

Em Paranaguá, limpeza de ruas, remoções de objetos que danificassem a saúde pública e a fiscalização de gêneros alimentícios foram algumas das medidas adotadas para evitar a epidemia de cólera em 1855. A Comissão Extraordinária de Saúde Pública formada àquela época com essa finalidade, qual seja, impedir a eclosão do cólera, propôs uma série de providências preventivas.<sup>278</sup> Navios oriundos do Norte do país, onde a doença reinava abertamente, deveriam declarar na fortaleza da barra se tinham ou tiveram a bordo enfermo acometido pelo cólera ou outra doença pestilencial. Em casos positivos a embarcação receberia a visita do provedor de saúde ou um de seus agentes. No lado oposto da Ilha das Cobras uma casa seria destinada para o desembarque de passageiros e cargas dos navios postos em observação ou quarentena. Próximo ao local de desembarque haveria uma barca para fiscalização. O intuito seria evitar o contato e a comunicação entre as pessoas. A comissão ainda sugeriu à Câmara Municipal medidas como fixação de editais recomendando aos moradores a manutenção do asseio de suas casas e quintais; abertura de esgotos e instalação de canos para escoamento de águas pluviais; limpeza da praia defronte à cidade (sugeriu-se a construção de pontes para o despejo de lixo nos locais onde havia correnteza suficiente para carregar os dejetos para alto mar); dessecamento de pântanos; remoção dos

<sup>275</sup> COOPER, Donald B. The new “Black Death”: Cholera in Brazil, 1855-1856. *Social Science History*. Vol.10, n.4, 1986, pp.467-488.

<sup>276</sup> Além de médicos, a Corte também exportava para o Paraná boticas e medicamentos.

<sup>277</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Relatório enviado ao Ministério do Império pelo presidente da Província do Paraná, Henrique B. Rohan em 13 de novembro de 1855. Rio de Janeiro, 1855.

<sup>278</sup> Integrava a comissão, entre outros, o médico alemão e provedor interino do porto de Paranaguá Theodoro Reichert e o presidente da Província, Antonio Francisco de Azevedo.

matadouros para lugares distantes do núcleo urbano; fiscalização rigorosa dos gêneros alimentícios e fiscalização da cadeia, hospital, escolas, quartéis e cemitérios.<sup>279</sup> Essas recomendações expressam uma consciência social em torno dos problemas da interdependência sanitária, além de terem sido importantes para o saneamento das cidades. A abertura de esgotos, por exemplo, foi uma medida positiva para a prevenção do cólera, assim como a fiscalização dos gêneros alimentícios que influía diretamente na qualidade de vida da população.

No início da segunda metade do século XIX a teoria miasmática exercia ampla influência em grande parte da comunidade médica brasileira. No entanto, o caso de Theodoro Reichert demonstra não apenas a falta de consenso em torno dessa teoria, como também a possibilidade de ela ser endossada em conjunto com a perspectiva contagionista. Dois dias após sua nomeação como provedor interino, o médico alemão colocou um patacho em quarentena com duração de quinze dias por suspeitar que a varíola atacara um de seus tripulantes. Além de embarcações ele ordenou que correspondências permanecessem em observação antes de seguirem para desinfecção.<sup>280</sup> Por outro lado, em conjunto com a Comissão extraordinária de saúde pública, defendeu medidas higienistas como limpeza de ruas, remoção de lixos e dessecação de pântanos. As ações de prevenção sanitária do governo paranaense ora respaldavam-se na teoria do contágio, ora na teoria dos miasmas. Contraditórias também foram as reações de Henrique B. Rohan e do capitão do porto de Paranaguá diante das medidas do médico Theodoro Reichert. Ambos não se opunham peremptoriamente às práticas quarentenárias. Todavia, o rigor com que as medidas de Reichert foram combatidas por eles dizia respeito ao fato de o médico alemão colocar em quarentena navios suspeitos e não somente aqueles com casos comprovados de doença epidêmica. A longa duração prescrita para as observações também foi motivo de discórdia em função, sem dúvida, dos prejuízos impostos ao comércio marítimo. As duas teorias coexistiram ao longo do século XIX e mesmo após o advento da bacteriologia continuaram a influenciar as ações de prevenção sanitária de muitos países, como Espanha, Portugal<sup>281</sup> e o próprio Brasil, expressadas principalmente na adoção de práticas universais como a

<sup>279</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 429 CAIXA 373. Providências propostas pela comissão extraordinária da saúde pública de Paranaguá em 8 de agosto de 1855 para impedir a eclosão de epidemias ou atenuar seus efeitos. Antonio Francisco de Azevedo e Theodoro Reichert. Rio de Janeiro, 1855.

<sup>280</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado em 29 de setembro de 1855 pela Capitania do Porto de Paranaguá ao Ministro da Marinha, João Maurício Wanderley. Rio de Janeiro, 1855.

<sup>281</sup> GARNEL, Maria Rita Lino. Portugal e as conferências sanitárias internacionais (Em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus). *Revista de História da Sociedade e da Cultura*. Coimbra, v.9, 2009, pp.237-238.



quarentena e cordões sanitários. No Rio de Janeiro tivemos o exemplo dos isolamentos das estações ferroviárias e no Paraná, como será visto adiante, a aflição coletiva em relação ao charque estragado. Acontecimentos como estes reforçam ainda mais o aspecto multifacetado e, portanto, não linear e unidimensional das práticas científicas e relativizam enfoques dicotômicos como os de Erwin Ackercknecht<sup>282</sup> ao demonstrar a existência de países que não aplicavam medidas sanitárias rigidamente enquadradas no interior de determinados modelos específicos.

Ao final de 1855 Theodoro Reichert foi substituído por Angelo Christino Rego no cargo de provedor de saúde do porto de Paranaguá. Na companhia do presidente da Província e de José Candido da Silva Murici, Rego visitou as enfermarias estabelecidas em Paranaguá pela Comissão de Saúde local, o lazareto da Ilha das Cobras, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia e a Fortaleza da Barra. No ano seguinte, casos de febres intermitentes e gastroenterite foram constatados no litoral, despertando o receio nas autoridades uma vez que os sintomas confundiam-se com os do cólera morbo. Mesmo com diagnóstico indefinido e apesar de o surto não produzir nenhum caso fatal, o governo e as autoridades locais adotaram medidas de quarentena e autorizaram a construção de enfermarias e hospitais provisórios.<sup>283</sup> Em janeiro de 1857 um hospital chegou a ser erguido na localidade de Guaratuba. Foram gastos 360.564 mil réis na obra, mas ela não chegou a ser concluída.<sup>284</sup>

Diarreias letais manifestaram-se em Curitiba e em Paranaguá no ano de 1862. O inspetor de saúde do Porto de Paranaguá, Ricardo Augusto da Silva Rego acreditava tratar-se de infecções gastrointestinais ou disenterias. Em Curitiba os doentes da enfermaria do Corpo de Guarnição foram separados na tentativa de evitar o contágio. De acordo com Silva Rego, alguns médicos acreditavam que mediante um princípio epidêmico atmosférico ou telúrico até então desconhecido, as emanções miasmáticas produziriam as disenterias, entre outras doenças.<sup>285</sup> Ao absorver o ar corrompido o indivíduo contaminaria o ar ou a atmosfera de um determinado local pela matéria putrescente exalada de seus poros e de sua respiração. Para evitar a formação de focos de infecção, os doentes deveriam, portanto, ser dispersos,

<sup>282</sup> ACKERCKNECHT, Erwin H. "Anticontagionism between 1821 and 1867". *The Bulletin of the History of Medicine*, v.22, 1948, pp.562-593.

<sup>283</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 434 CAIXA 375. Governo da Província do Paraná, 3 de março de 1856. Extrato de relatório lido por ocasião da instalação da Assembleia Legislativa Provincial, referente ao estado de saúde pública da Província do Paraná. Rio de Janeiro, 1856.

<sup>284</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado ao Ministério do Império pelo governo da Província do Paraná em 29 de janeiro de 1857 referente à construção de um hospital provisório na localidade de Guaratuba. Rio de Janeiro, 1857.

<sup>285</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 430 CAIXA 373. Relatório do estado sanitário da Província do Paraná enviado ao governo da Província do Paraná pelo inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá, Ricardo Augusto da Silva Rego em 1º de janeiro de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

exatamente como foram no corpo de guarnição de Curitiba. A par disso, essa concepção, segundo Rosen, denominava-se contagionismo contingente e tinha larga aceitação entre leigos e médicos na segunda metade do século XIX.<sup>286</sup> Silva Rego afirmava ainda que as doenças teriam limitações geográficas. Nesse aspecto, meio ambiente, assim como, longitude, latitude e altitude explicariam a ausência de certas moléstias em determinados pontos do globo. Tomando como fundamento esse argumento, o inspetor do porto justificava a ausência, até então, de surtos de cólera e febre amarela no Paraná.<sup>287</sup> Paradoxalmente o inspetor de saúde talvez não soubesse das 361 pessoas vitimadas pela febre amarela em 1857. Porém, em 1868, quando o cólera despontou novamente no Rio de Janeiro, Silva Rego achou melhor não confiar na salubridade do clima paranaense e ordenou a desinfecção de todos os navios, inclusive vapores de linha intermediária e os transportes de guerra que não continham médico a bordo. Os barcos de vela foram submetidos a uma quarentena de vinte e quatro horas, findas as quais uma nova desinfecção era realizada, dando-lhes em seguida a livre prática. Por um lado a documentação consultada indica que o cólera não penetrou na província do Paraná naquele ano, por outro revela surto de diarreias hemorrágicas com mais de setenta pessoas atingidas em Paranaguá, Antonina, Morretes e Porto de Cima, das quais dezessete vieram a falecer. Em virtude da falta de consenso em relação à sintomatologia da doença àquele tempo, torna-se difícil afirmar tratar-se ou não do mal do Ganges. A despeito disso, muitos enfermos buscaram socorro junto a curandeiros. Longe de compreender por que essas pessoas recorriam a terapeutas populares, o inspetor, assim como o ministro do Império, Luiz Pedreira do Coutto Ferraz<sup>288</sup>, enxergava nessas estratégias obscurantismo, ignorância, fruto da miséria extrema em que essas pessoas viviam. Na perspectiva do inspetor, as condições locais dos subúrbios e sítios do interior de Paranaguá; a pré-disposição intrínseca a cada organismo, aliada com as inflamações crônicas do fígado e baço; os vermes intestinais nas crianças; a alimentação precária e deficiente; faziam com que qualquer moléstia adquirisse uma característica mais violenta nesses subúrbios do que no centro da povoação.<sup>289</sup> Embora Ricardo Augusto da Silva Rego menosprezasse as alternativas de cura não oficiais, suas observações revelam como já em meados da década de 1860 as regiões interioranas chamavam atenção pela precariedade

<sup>286</sup> ROSEN, George. *op.cit.*, p.211.

<sup>287</sup> Muitos médicos residentes na Corte, entre eles Francisco de Paula Candido, primeiro presidente da Junta de Higiene Pública, propugnavam que a origem da doença não estava relacionada somente com causas locais, como condições atmosféricas, telúricas, temperatura e umidade. Acreditavam que a miséria extrema, desnutrição, alcoolismo, excessos sexuais e outros vícios predispunham o indivíduo à enfermidade. COOPER, Donald B. The new "Black Death": Cholera in Brazil, 1855-1856. *Social Science History*. Vol.10, n.4, 1986, pp.479-481.

<sup>288</sup> Conforme visto no primeiro capítulo deste trabalho.

<sup>289</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Relatório enviado ao governo da Província do Paraná pelo inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá, Ricardo Augusto da Silva Rego em 20 de janeiro de 1868. Rio de Janeiro, 1868.

das condições higiênicas e vida das populações desses locais. Os sertões já eram conhecidos durante o Império, mas sua valorização ocorreria somente a partir do final da década de 1910, mais especificamente com a publicação dos cadernos de viagem de Artur Neiva e Belisário Pena e a fundação dos serviços de profilaxia rural em 1918.

O cólera voltaria a despertar temores na população paranaense na segunda metade da década de 1880. Na tentativa de obstar a penetração da doença em Paranaguá, o capitão do porto sugeriu ao presidente da Província a colocação de um navio de guerra na entrada da baía. Segundo o capitão, essa medida seria mais eficaz do que as quarentenas.<sup>290</sup> Cordões sanitários também foram adotados entre 1886 e 1887. Essa estratégia seria amplamente colocada em prática no Rio de Janeiro em 1894 e 1895 para cortar as comunicações marítimas e terrestres com São Paulo. No Paraná a medida visava impedir o contato com as Repúblicas da Argentina e do Uruguai. Àquela época o Brasil consumia a maior parte do charque produzido na região Platina. Todavia, a importação havia sido suspensa em função do péssimo aspecto que o produto vinha apresentando. A principal razão, no entanto, para a interrupção das importações foi a crença por parte das autoridades sanitárias brasileiras segundo a qual o charque deteriorado constituía um potente foco de disseminação do cólera. O governo determinou a atracação no lazareto de Ilha Grande (Rio de Janeiro) de todas as embarcações oriundas da Argentina ou qualquer outra região afetada pelo cólera. O lazareto da Ilha das Cobras certamente não foi cogitado em função de seu reduzido tamanho e péssimo estado de conservação. Após o desembarque em Ilha Grande os navios seguiriam diretamente para o estrangeiro. Estava proibida a importação de peles, couros, trapos, tecidos animais e carnes salgadas. Seriam aceitas somente as carnes provenientes das regiões da Europa e Ásia Oriental.<sup>291</sup> Antonio Severiano Nunes, capitão de fragata do cruzador “Primeiro de março” (navio de guerra atracado na entrada da baía de Paranaguá conforme solicitado pelo capitão do porto) acreditava que a barra de Guaratuba poderia constituir um canal para o contrabando de charque, pois comportava a navegação de embarcações de pequeno porte. Dessa forma, ele solicitou uma lancha a vapor com o intuito de auxiliar e ampliar o serviço de vigilância e isolamento da baía. Apesar dos esforços de Severiano Nunes, a aquisição da lancha não foi autorizada. O presidente da Província, Joaquim de Almeida Faria Sobrinho, recomendou às autoridades policiais de Guaratuba a fiscalização da barra daquela região.<sup>292</sup> Uma precaução

<sup>290</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 435 CAIXA 375. Ofício enviado ao governo da Província do Paraná pela Capitania do Porto de Paranaguá em 21 de julho de 1887. Rio de Janeiro, 1887.

<sup>291</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 772 volume 5. Repartição Geral dos telégrafos, estação de Curitiba. Procedente do Rio de Janeiro, Ministério do Império. Curitiba, 1886.

<sup>292</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 610 CAIXA 374. Ofício encaminhado pelo governo da Província do Paraná ao Ministério do Império em 13 de dezembro de 1886. Rio de Janeiro, 1886;

deve ser tomada neste caso. O serviço de prevenção às epidemias foi prejudicado em função da falta de verbas para a aquisição de uma lancha a vapor ou havia alguma intenção velada em não prejudicar o suposto contrabando? Com a proibição do tráfico negreiro em 1831, Paranaguá tornou-se um dos principais pontos da região sul do Império brasileiro para o desembarque clandestino de mão-de-obra cativa, o que poderia dar azo ao argumento da proteção ao contrabando de charque.<sup>293</sup> No entanto, isso não explicaria a solicitação feita por Faria Sobrinho para que a barra fosse fiscalizada com os recursos existentes em Guaratuba. A impossibilidade de melhorar o serviço de vigilância da baía está relacionada com outros aspectos, entre eles a falta de habilidade política do capitão Antonio Severiano Nunes para convencer as autoridades públicas a mobilizar recursos para a compra da lancha. No final da década de 1880 a saúde pública no Brasil continuava a receber maior atenção e injeção de recursos financeiros durante as quadras epidêmicas. Inexistia até então uma política de investimento contínuo nessa área. Outro fator agravante para uma província pobre e secundária como a do Paraná eram os contínuos déficits orçamentários. Sem verbas, o Paraná se via obrigado a solicitar auxílio ao governo central ou simplesmente solucionar os problemas de ordem sanitária com os recursos disponíveis localmente, isso significava muitas vezes deixar de investir e melhorar a já precária infraestrutura existente. Importante ressaltar ainda que o apoio do governo central dependia da capacidade de articulação dos grupos políticos locais, isto é, da formação de vínculos mais estreitos e de relações sociais e humanas harmoniosas.

Cordões sanitários também foram utilizados em 1887 no interior da Província, mais especificamente entre as localidades de Erê e Pirahy, onde havia um pequeno porto à margem do rio Paraná. As duas regiões distavam uma da outra aproximadamente 188 quilômetros. Erê e Pirahy estavam situadas respectivamente a 82 e 106 quilômetros da divisa com a República Argentina. Entre o Pirahy e a divisa com a Argentina existiam os ervais de São Pedro, distantes 135 quilômetros de Erê. Os moradores de Pirahy (onde existiam, além do porto, algumas casas de negócios) e Erê, estabeleciam comunicação entre si e com a República Argentina mediante os ervais de São Pedro. Em função disso o governo da província

---

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 435 CAIXA 375. Antonio Severiano Nunes. Carta dirigida ao presidente da Província do Paraná em 10 de dezembro de 1886. Rio de Janeiro, 1886. ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 435 CAIXA 375. Carta enviada em 13 de dezembro de 1886 pelo presidente da Província do Paraná, Joaquim de Almeida Faria Sobrinho ao chefe de polícia da localidade de Guaratuba. Rio de Janeiro, 1886.

<sup>293</sup> BETHELL, Leslie. *A abolição do tráfico de escravos no Brasil: a Grã-Bretanha, o Brasil e a questão do tráfico de escravos, 1807-1869*. Trad. de V. N. N. Pedroso. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1976, p.84. WESTPHALEN, Cecília Maria. *Porto de Paranaguá, um sedutor*. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1998, p.136.

paranaense achou por bem estabelecer um cordão sanitário naquela região dos ervais para evitar a transmissão e propagação do cólera. O receio maior das autoridades era a eclosão de um surto epidêmico no município de Guarapuava. Em relatório, a Inspetoria de Higiene Pública do Paraná sublinhou a inexistência de experiências que demonstrassem a transmissibilidade do cólera pela atmosfera a mais de duzentos metros. Por outro lado, o mesmo relatório enfatizou a possibilidade de a doença ser transmitida de indivíduo a indivíduo e mediante fômites.<sup>294</sup> A documentação revela um governo ciente dos perigos da transmissibilidade de uma doença grave como o cólera e a necessidade de conter ou amenizar os efeitos negativos das relações de interdependência estabelecidas entre o Paraná e Argentina, mas o que chama atenção são as observações da Inspetoria de Higiene Pública do Paraná a respeito da transmissibilidade do cólera. Já na década de 1860 havia praticamente um amplo consenso na comunidade médica internacional em torno do caráter contagioso da doença e da água como um dos seus principais meios de transmissão. Dejetos humanos podiam contaminar mananciais, poços, córregos, riachos e arroios. Nesse aspecto o cordão sanitário pouco ajudaria a controlar a disseminação da moléstia. Ao que tudo indica, a decisão de instaurá-lo deveu-se à crença na contaminação e difusão do mal pela atmosfera e objetos. O inspetor de Higiene Pública do Paraná responsável pelo relatório de 1887 ainda não tinha certeza se as medidas profiláticas deveriam focar indivíduos, utensílios, mercadorias ou o meio ambiente e certamente não estava ciente da confirmação do agente etiológico específico do cólera por Robert Koch em 1883. Isolamento e quarentenas não impediram a doença na Inglaterra. Apesar de contagiosa, ela só passou a ser controlada com o melhoramento das condições sanitárias e a generalização dos serviços de abastecimento de água, isto é, com ações conjuntas e coletivas e não individuais e isoladas. O surto de 1894-1895 pôs em evidência o bacilo vírgula, cuja especificidade os pioneiros da bacteriologia no Brasil buscavam em laboratórios muitas vezes improvisados e com estrutura precária. No Paraná a doença opôs a comunidade médica e a elite política em função dos métodos profiláticos e de prevenção adotados. Ao contrário da região sudeste, na província paranaense o flagelo não se manifestou abertamente. Na capital e em São Paulo as controvérsias gravitaram em torno de questões intrínsecas à bacteriologia. Aqui, já em fins dos anos 1880, as ações ainda continuavam embasadas unicamente em medidas de isolamento.

Os flagelos epidêmicos no Paraná não ficaram restritos a uma única doença. Em conjunto com o cólera e a varíola, a febre amarela também despertou angústia e pavor na

---

<sup>294</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 435 CAIXA 375. Inspetoria de Higiene Pública do Paraná. Relatório enviado ao presidente da Província Joaquim de Almeida Faria Sobrinho em 31 de janeiro de 1887. Rio de Janeiro, 1887.

sociedade local, trazendo à tona os mais variados sentimentos e emoções, desencadeando atitudes estigmatizadoras, desafiando o conhecimento científico e ameaçando a vida coletiva da região.

*Etiologia, formas de transmissão e terapêutica da febre amarela no Brasil durante as décadas de 1870 a 1890.*

Registros mencionados por Antonio Vieira dos Santos<sup>295</sup> revelam que o primeiro surto epidêmico em Paranaguá ocorreu no ano de 1686. Os habitantes locais batizaram o mal de *peste grande*. Os sintomas descritos eram: calor excessivo, pulso fraco, intensas febres seguidas de delírios, escarros de sangue. A população local combateu a doença mediante o cozimento da *erva do bicho*<sup>296</sup> responsável por fazer os doentes vomitar e/ou evacuar bichos cabeludos idênticos a lagartas das hortas. Vieira dos Santos revela que a doença surgiu em Pernambuco durante o ano de 1680, propagando-se em virtude da abertura de barricas contendo carne podre originárias de São Tomé, África. O médico francês, José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856), em sua obra *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*<sup>297</sup>, fez referência a um relato histórico datado de 1694 cuja autoria é atribuída a Ferreira da Rosa e que descreve uma situação muito parecida com a narrada por Vieira dos Santos. Segundo esse relato, um navio proveniente da Índia teria introduzido a febre amarela em continente americano por meio de barris de carne podre armazenados no interior da embarcação. Sigaud não acreditava tratar-se da febre amarela, já os portugueses denominaram a doença como *bicha*.<sup>298</sup> Do Recife ela teria se alastrado para Olinda e territórios da Bahia onde levou à sepultura mais de vinte brancos por dia, poupando negros, mestiços e índios. Tanto Sigaud como Santos enfatizam o fato segundo o qual o padre jesuíta Valentim Extancel observara um eclipse lunar em dezembro de 1685, profetizando momentos de grande aflição para o Brasil. Naquela época os astros exerciam notória influência na

<sup>295</sup> SANTOS, Antonio Vieira dos. *Memória Histórica de Paranaguá*. vol. I. Curitiba: Vicentina, 2001, pp.57-58.

<sup>296</sup> Segundo o dicionário de medicina popular de Chernoviz, erva do bicho, também conhecida como *cataia*, é uma planta utilizada como estimulante, diurético e para tratamento de hemorroidas. CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular e das ciências acessórias para uso das famílias contendo a descrição das causas, sintomas e tratamento das moléstias; as receitas para cada moléstia; as plantas medicinais e alimentícias; as águas minerais do Brasil, de Portugal e de outros países. E muitos conhecimentos úteis*. 6.ed. v.II. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890, p.145.

<sup>297</sup> SIGAUD, J.F.X. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, pp.141-143.

<sup>298</sup> Idem.

medicina. A despeito disso, Odair Franco<sup>299</sup> afirma que a febre amarela se manifestou epidemicamente pela primeira vez no Brasil no ano de 1685, mais precisamente na cidade do Recife, muito embora ela tenha se tornado um problema sanitário nacional somente no século XIX.

O médico João Vicente Torres Homem (1837-1887), renomado higienista, membro titular da Academia Imperial de Medicina e um dos fundadores da *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*, dedicou grande parte de seu tempo ao estudo das febres endêmicas e epidêmicas reinantes na Corte e em outras cidades brasileiras.<sup>300</sup> Em junho de 1876 foi nomeado membro de uma comissão presidida por José Pereira Rego para estudar as causas da endemicidade da febre amarela no Brasil e os métodos mais eficazes para combatê-la. Fruto desse trabalho foi a publicação, em 1877, da obra *Estudo clínico sobre as febres do Rio de Janeiro*, onde analisa os sintomas, a terapêutica, a epidemiologia, a etiologia e a relação dos diversos tipos e subtipos de febres com o clima.

Em suas preleções, Torres Homem distinguia três estágios sintomáticos da doença. No primeiro, denominado período de reação, o doente apresentava febre intensa acompanhada de congestões, inflamações e irritações em diversos órgãos. Durava aproximadamente 24 a 36 horas. Durante essa fase, apresentava ainda outros sinais como: cefalalgia; dores lombares e nos membros inferiores (dores nevralgias e contusivas); albuminúria; calor febril e em alguns casos, cor ictérica. Em seguida, ocorria uma remissão dos sintomas. Esse estágio, também conhecido como “período de quinina”, prolongava-se apenas por algumas horas. O terceiro e último estágio, conhecido como “ataxo-adinâmico”, seria marcado por hemorragias e por uma das manifestações mais características da moléstia: o vômito negro. Durava cerca de um a dois dias. Contudo, os três estágios nem sempre seguiam uma lógica linear, muitos eram os casos em que ao primeiro período seguia-se diretamente o terceiro. Os sintomas também confundiam os médicos, pois muitas vezes não se manifestavam de forma bem distinta.<sup>301</sup>

Autópsias realizadas por Torres Homem propiciaram a identificação de alterações anatomopatológicas em doentes acometidos pela febre amarela em 1873 na cidade do Rio de Janeiro. Os estudos, que podem ser enquadrados dentro do campo da fisiologia patológica,

<sup>299</sup> FRANCO, Odair. *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Departamento Nacional de Endemias Rurais, DNER/ Div. de Cooperação e Divulgação, 1969.

<sup>300</sup> A respeito da trajetória pessoal e profissional de Torres Homem ver: DUARTE, Orlando Sattamini. *Um médico do Império. O doutor Torres Homem (1837-1887)*. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti, 1957.

<sup>301</sup> TORRES HOMEM, João Vicente. *Estudo clínico sobre as febres do Rio de Janeiro*. 2 ed. Rio de Janeiro: Lopes do Couto & C., Editores, 1885, pp.403-404.

foram realizados na Casa de Saúde de Nossa Senhora d'Ajuda.<sup>302</sup> Mediante as autópsias Torres Homem relacionou os fenômenos mórbidos referentes à febre amarela a um quadro nosológico, ampliando as possibilidades de realização de um diagnóstico mais confiável da doença.<sup>303</sup> Um diagnóstico rápido e preciso era fundamental para a cura do enfermo, assim como, para a eficácia das medidas profiláticas. Esses estudos se inserem em um quadro mais vasto de importantes mudanças ocorridas no saber médico durante o século XIX, onde se desenvolvem novas percepções da distribuição dos elementos constituintes do corpo humano (como tecidos e órgãos), do entendimento do fenômeno patológico e da articulação entre doença e organismo. Os sintomas são substituídos pelos sinais e as causas e efeitos da doença fixados em um espaço tridimensional. A localização do mal no corpo ou em um órgão passa a servir como suporte aos sintomas.<sup>304</sup>

Em relação ao agente etiológico da febre amarela, não havia consenso entre clínicos e higienistas. José Pereira Rego considerava-a uma *pirexia* (termo utilizado na época para classificar diversos tipos e subtipos de *febres*, conceito que, durante o século XIX, não designava o sintoma, mas a doença em si) contínua ou remitente relacionada a uma *gastro-entero-hepato-encefalite* oriunda de intoxicação miasmática, semelhante ao *tifo europeu*, mas alterada por circunstâncias climatéricas e topográficas específicas ao Rio de Janeiro. Manuel de Valadão Pimentel (barão de Petrópolis) vira na epidemia de 1850 duas características distintas: as manifestações de febres remitentes ou intermitentes benignas e perniciosas e casos reais de febre amarela, onde encontrou semelhanças com o tifo da Europa. De acordo com o Barão, o *tifo icteróide* seria o *tifo europeu*, modificado por influências climáticas locais. Após sofrer alterações, produzia as febres intermitentes perniciosas. A febre amarela

<sup>302</sup> TORRES HOMEM, João Vicente. *Lições de clínica sobre a febre amarela feitas na Faculdade de medicina do Rio de Janeiro pelo Dr. João Vicente Torres Homem*. Rio de Janeiro: Tipografia de Quirino F. do Espírito Santo, 1873, p.108. Durante muitos anos a dissecação de cadáveres humanos foi um tabu. No entanto, durante o século XVIII, médicos como Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) não tiveram dificuldades em encontrar e abrir cadáveres. A resistência em relação ao reconhecimento da anatomia patológica como saber específico não ocorreu em razão das barreiras impostas à dissecação, mas sim da incompatibilidade existente entre clínica e anatomia. Foi necessária uma lacuna de quarenta anos (interpondo Morgagni e François Bichat) para que o método clínico sofresse reformulação capaz de torna-lo compatível com a anatomia patológica. Bichat, apesar de retomar Morgagni e redescobrir a anatomia patológica, não abandonou os métodos dos clínicos e a classificação nosológica de Pinel que seria, por intermédio de suas pesquisas, retomada no século XIX com fundamentos mais sólidos. FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008, pp.136-139.

<sup>303</sup> O Barão de Petrópolis, professor de Torres Homem, diagnosticava a febre amarela pela presença ou não de albumina na urina. Os exames de urina nessa época (segunda metade do século XIX) eram realizados com ácido azótico (nitríco). Quando aplicadas algumas gotas do ácido em amostras de urina, esta, em caso positivo, coagulava e adquiria aspecto albuminoso, compacto e resistente. TORRES HOMEM, João Vicente. *Lições de clínica sobre a febre amarela feitas na Faculdade de medicina do Rio de Janeiro pelo Dr. João Vicente Torres Homem*. Rio de Janeiro: Tipografia de Quirino F. do Espírito Santo, 1873, pp.84-85.

<sup>304</sup> FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008, p.12.



seria então uma espécie de modalidade dessa febre, resultante de modificações produzidas a partir de miasmas tíficos. Por sua vez, Torres Homem compreendia a febre amarela como moléstia infecciosa, produzida pela ação dos mesmos miasmas responsáveis pelo tifo e febres paludosas. Esses miasmas, oriundos da decomposição de material orgânico, teriam sua constituição alterada em função do contato com a atmosfera marítima, ensejando no organismo a *discrasia*, isto é, mudança na constituição física do sangue.<sup>305</sup>

As divergências a respeito da definição etiológica do mal amarílico eram alimentadas, entre outros fatores, pela semelhança dos sintomas com outras moléstias, como a febre tifoide, por exemplo, onde ataxia (dificuldade de coordenação motora) e adinamia (prostração física) eram manifestações comuns. Distintas pirexias, ou febres, partilhavam vários sinais e lesões comuns, facilmente passíveis de ser confundidas. Isso configurava outra importante razão para a definição de um diagnóstico específico da febre amarela. Conforme observa Ilana Löwi, durante os séculos XVIII e XIX essa doença não tinha uma identidade teórica específica em razão justamente da semelhança de seus sintomas com os de outras doenças. Em meados do oitocentos emergiu a ideia de uma entidade “febres”, formada por unidades mórbidas distintas, possibilitando a diferenciação, por exemplo, entre a febre tifoide e a difteria. Até então, a singularidade das diversas patologias era compreendida a partir das perturbações dos mesmos sistemas fisiológicos de base. A febre amarela, que apresenta os mesmos sintomas clínicos da leptospirose, só foi dissociada dessa enfermidade no final dos anos 1920. Portanto, os sintomas da febre amarela (febre alta, icterícia, vômito negro) não são específicos. No entanto, se por um lado os médicos reconheceram a especificidade de certas doenças como a varíola, por outro, tiveram dificuldade em admitir que febres “sazonais”, como gripe, pneumonia e febre tifoide, classificadas àquela época como febres intermitentes, remitentes ou estacionárias, não eram a manifestação causada pela ação do mesmo agente causal em indivíduos de constituições diferentes. Porém, já era consenso entre alguns médicos da segunda metade do século XIX que manifestações epidêmicas de determinadas moléstias tinham como causa uma unidade mórbida distinta. A ideia segundo a qual as doenças infecciosas são induzidas por um microrganismo específico, postulada pela bacteriologia no final do século XIX, deu origem à definição da febre amarela conhecida atualmente.<sup>306</sup>

Acreditava-se que em latitudes mais elevadas inexistia ambiente favorável ao germe da febre amarela. Outro fator de prevenção relacionado a condições climáticas dizia respeito à adaptação do organismo humano ao clima abrasador das regiões tropicais. Segundo Löwi,

<sup>305</sup> TORRES HOMEM, João Vicente. *op. cit.*, p.468 [1885].

<sup>306</sup> LÖWI, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, pp.24-25.

antes da medicina tropical, a abordagem médica dominante nas colônias era a chamada “medicina dos climas quentes”. De acordo com essa abordagem a “resistência racial” só poderia ser adquirida pelo “homem branco” de forma gradual e em conjunto com hábitos de vida saudáveis (principalmente em relação ao consumo de alimentos e bebidas) aliados à miscigenação, possibilitando a adaptação dos estrangeiros aos climas tropicais.<sup>307</sup> A não aclimação era considerada uma das principais predisposições à febre amarela. Aclimatação, conforme explica Flávio Edler, seria um processo natural de adaptação a um novo ambiente climático, podendo também significar medidas higiênicas postas em prática para estabelecer um equilíbrio entre organismo e clima circundante. A influência exercida pelas condições atmosféricas no processo de adaptação dos europeus recém- chegados ao Brasil estava relacionada às idiossincrasias de cada organismo, e à origem geográfica e étnica do emigrante. Para o saber médico do século XIX, o contato de europeus com a intensa luminosidade e o calor de ambientes tropicais ocasionava uma “superexcitação singular”, tornando a pessoa menos apta às atividades intelectuais, com predisposição à indolência e fraqueza: “Em uma palavra, o indivíduo apresentaria um estado conhecido como *caquexia*, *hipoemia* ou *anemia tropical*, que o predisponha a adquirir todas as afecções endêmicas e epidêmicas próprias ao lugar onde ele se encontrava”.<sup>308</sup> O clima tropical agia sobre o organismo humano mediante uma alteração sanguínea que repercutia em todos os órgãos. A mudança climática também modificava a fisiologia do indivíduo. Para alguns médicos, quando o emigrante atingisse tal estado estaria aclimatado.

O clima era um dos principais elos do processo etiológico da febre amarela que começou a ser quebrado com a ascensão de um novo paradigma cujos pressupostos teórico-metodológicos se fundamentavam nos trabalhos realizados, entre outros, por Louis Pasteur (1822-1895) e Heinrich Hermann Robert Koch (1843-1910). Eles pavimentaram o caminho pelo qual a bacteriologia se desenvolveu em fins do século XIX, consolidando-se como saber especializado no século seguinte. Um dos pioneiros dessa nova ciência no Brasil foi Domingos José Freire (1843-1899), médico e professor de química que almejava o título de “Pasteur brasileiro” e o reconhecimento internacional por meio da elucidação de um dos principais enigmas da saúde pública daquele tempo: um imunizante capaz de prevenir a febre amarela.

---

<sup>307</sup> Ibidem, p.38.

<sup>308</sup> EDLER, Flavio. Medicina tropical: uma ciência entre a Nação e o Império. In: HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antonio Augusto Passos. (org.). *Ciência, civilização e república nos trópicos*. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2010, p.344.

Na década de 1880 diversas teorias foram propostas para explicar a origem, classificação e a forma pela qual o microrganismo da febre amarela, cuja natureza ainda era desconhecida, agia no corpo humano. Essas teorias alimentaram muitas controvérsias e fervorosos debates entre grupos médicos e comunidades científicas nacionais e internacionais daquela época. Um dos principais cientistas a protagonizar esses embates no Brasil foi Domingos José Freire. Freire havia descoberto um microrganismo que acreditava ser o agente causal da febre amarela. Denominado *Cryptococcus xanthogenicus*, tratava-se de planta microscópica pertencente à espécie das algas. Seu nome foi uma tentativa de salientar as semelhanças com a bactéria do carbúnculo, cujos esporos infecciosos tinham sido encontrados por Pasteur e Koch nas sepulturas de animais vitimados pela doença.<sup>309</sup> O micróbio podia ser encontrado, segundo Torres Homem, na água, na atmosfera e nos cereais, penetrando no organismo humano mediante as vias respiratórias.<sup>310</sup> Os esboços iniciais a respeito da etiologia da febre amarela foram publicados por Domingos Freire na *Gazeta de Notícias* em fevereiro de 1880. Tratavam da existência de grânulos e vibriões (microrganismos) nos humores dos doentes, os quais, quando alcançavam determinado estágio de desenvolvimento adquiriam a forma de corpúsculos negros. Tais corpúsculos seriam responsáveis pela pigmentação escura do vômito negro. Suas pesquisas indicaram a existência de uma toxina nas dejeções dos doentes. Denominada *ptomaína*, essa toxina seria produto da secreção ou excreção dos micróbios causadores da moléstia, isto é, do *Cryptococcus xanthogenicus*. Considerada um alcaloide, a *ptomaína* apresentava-se em estado líquido, com cheiro acre e aromático, características voláteis, oleosa, levemente amarelada, contendo quantidades significativas de azoto, podendo ser encontrada na urina e no sangue dos doentes. Domingos Freire acreditava que o seu micróbio vegetal transmitia a doença mediante contágio. Ele havia encontrado o parasita no sangue dos doentes, no *parênquima* dos órgãos (principalmente dos fígados e rins), no vômito negro e até no solo dos cemitérios. Fez experiências com inoculações do micróbio em animais e afirmou ter conseguido reproduzir neles os sintomas da febre amarela. Na autópsia das cobaias, disse ainda ter descoberto as mesmas lesões anatomopatológicas características em seres humanos.

As técnicas da microbiologia eram recentes no Brasil àquela época. Poucos entendiam a nova ciência inaugurada por Pasteur e tinham habilidade suficiente para manejar um microscópio. Torres Homem não possuía afinidade com esse novo instrumento tecnológico, mas assumia uma posição de ceticismo em relação ao parasita de Domingos Freire.

<sup>309</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999, pp.38-39.

<sup>310</sup> TORRES HOMEM, João Vicente. *op. cit.*, p.391 [1885].

Acreditava que, assim como os corpúsculos atribuídos pelo dr. Charles Louis Alphonse Laveran (1845-1922) ao micróbio da malária, os *Cryptococcus* de Freire pareciam com *hematias* em diversos graus de alteração. Na febre amarela, segundo o clínico, os glóbulos sanguíneos adquiririam múltiplos aspectos com condições morfológicas diferentes. Curioso para saber mais a respeito das técnicas empregadas na microbiologia e sobre a própria febre amarela, ele constatou que na Europa ninguém havia encontrado no sangue de amareletos o *Cryptococcus xanthogenicus*. Dessa forma, pediu aos seus adjuntos, Francisco de Castro e Eduardo de Menezes, mais hábeis nas técnicas da microscopia, que examinassem o sangue, o vômito negro, o fígado e os rins de amareletos na expectativa de encontrar a planta microscópica do professor Domingos Freire. O resultado foi negativo. Torres Homem então apelou ao dr. Pedro Severiano de Magalhães para o exame das culturas. Em sua opinião, Severiano de Magalhães era a principal sumidade do Rio de Janeiro nas áreas da micrografia e microscopia. Magalhães também não encontrou nada. Tanto ele como os adjuntos de Torres Homem só observaram os glóbulos vermelhos do sangue em períodos diversos de alteração. Constataram ainda que o micróbio de Domingos Freire apresentava diversas formas, dimensões e cores quando observado pelas lentes do microscópio, levando-os à conclusão segundo a qual Freire não tinha uma opinião formada sobre o germe descoberto. Na sessão da Academia Imperial de Medicina de 24 de julho de 1885, durante pronunciamento do dr. Francisco Marques de Araújo Góes, Torres Homem ficou convencido de que o parasita de Freire não era outra coisa senão *hematias* em diversos períodos de alteração:

O Sr. Dr. Góes chegou a essa demonstração cotejando os caracteres indicados pelo professor Freire como especiais ao *criptococcus xantogênicus* com os caracteres das *hematias* alteradas referidos pelo Dr. Mayet, professor de patologia da Faculdade de Lyon, em um trabalho publicado nos *Arquivos de fisiologia de 15 de fevereiro de 1882*, intitulado- *Alterações espontâneas dos elementos corados do sangue*.<sup>311</sup>

A despeito disso, em março de 1880 Domingos Freire havia obtido autorização do governo para inocular pacientes humanos com *salicilato de soda*, um composto derivado do ácido salicílico com propriedades anti-inflamatórias e analgésicas. Em 1883 ele desenvolveu um profilático específico para a prevenção da febre amarela. A produção da vacina foi possível em virtude da atenuação do micróbio *Cryptococcus xanthogenicus* por meio de técnicas desenvolvidas recentemente por Pasteur.<sup>312</sup> Domingos Freire queria provar com as inoculações que a febre amarela era contagiosa: “Embora partisse do *criptococo xantogênico*,

<sup>311</sup> TORRES HOMEM, João Vicente. *op. cit.*, p.397 [1885].

<sup>312</sup> O *salicilato de soda* era utilizado como remédio para curar a doença. A vacina produzida a partir da atenuação do *Cryptococcus xanthogenicus*, por sua vez, era um imunizante com fins preventivos.

dialogava com um público ainda não convencido da natureza parasitária da doença. Demonstrar sua contagiosidade era, pois, indispensável para seguir adiante em direção à vacina e para consolidar a retaguarda do fato pressuposto, o agente etiológico microbiano”.<sup>313</sup> Torres Homem, por sua vez, não considerava a febre amarela contagiosa. Durante as epidemias de 1873 e 1876, ele observou que a doença diminuía de intensidade à medida que se afastava de seu ponto inicial de eclosão: “Se esta moléstia fosse contagiosa, os habitantes de certas localidades elevadas e salubres não ficariam dela isentos desde que para lá fossem doentes atacados do mal epidêmico”.<sup>314</sup> O renomado higienista criticava Freire por usar somente sangue de cadáveres e nunca de doentes, considerando inúteis suas experiências em coelhos, galinhas e porquinhos-da-índia, pois não provavam a contagiosidade da moléstia. Ao injetar o sangue de um cadáver diretamente na veia safena de um coelho, Freire assegurava o óbito do animal em quinze minutos. Essa rápida evolução de sintomas e a suposta reprodução do germe no organismo do coelho foram contestadas veementemente por Torres Homem.<sup>315</sup>

Freire acreditava que a produção da febre amarela em laboratório provava a propagação da doença de indivíduo para indivíduo. Contudo, as amostras de sangue contaminado utilizadas pelo cientista tinham origem obscura, pois podiam ser provenientes de uma pessoa que contraíra a enfermidade no meio em que vivia, caracterizando neste caso, uma infecção. Para evitar a contradição, Freire afirmou ser a febre amarela “primitivamente contagiosa”, vindo a tornar-se infecciosa somente após o acúmulo de focos no meio externo. Isso debilitava sua teoria. Tal fragilidade, conforme observa Benchimol, tinha relação com três ordens de fatores: as idiossincrasias do cientista; o ambiente competitivo da comunidade científica e a retórica utilitarista, representativa da cultura científica brasileira daquele período. A reduzida margem de consenso em torno da doença, em termos etiológicos, profiláticos e terapêuticos, também obrigava Freire a fixar o resultado de suas pesquisas em base frágil e insegura. Os micróbios podiam ser considerados tanto a causa como o efeito da doença.<sup>316</sup>

No Brasil o principal rival de Domingos Freire foi João Batista de Lacerda (1846-1915), diretor do Museu Nacional entre 1895 e 1915. Lá, junto com o médico francês Louis Couty (1854-1884), ex-aluno de Claude Bernard, fundou o primeiro laboratório de fisiologia financiado pelo Estado. Com *status* de ciência prática, positiva, universal e fundamentada no modelo experimental, a fisiologia representava o modelo ideal de ciência que o império

<sup>313</sup> BENCHIMOL, *op.cit.*, p.75.

<sup>314</sup> TORRES HOMEM, João Vicente. *op. cit.*, p.385 [1885].

<sup>315</sup> TORRES HOMEM, João Vicente. *op. cit.*, p.400 [1885].

<sup>316</sup> BENCHIMOL, *op.cit.*, p.35-36.

brasileiro almejava desenvolver. Praticada em laboratório, exigia vultosos investimentos e rigor extremo nas ações de pesquisa e treinamento, o que só poderia ser alcançado mediante apoio governamental e/ou extracientífico.<sup>317</sup> Um dos programas de pesquisas do Laboratório de Fisiologia do Museu Nacional estava relacionado ao estudo da fisiologia do clima, inserido no que poderíamos denominar como “paradigma climatológico”, ainda muito influente na medicina e higiene. Segundo este modelo, as doenças, as epidemias e o grau de civilização dos povos sofriam influências climáticas, noções associadas ao determinismo mesológico. Com base nesse arsenal teórico-metodológico, Lacerda passou a estudar a poeira flutuante da atmosfera marítima. Em virtude dos ventos que sopravam na região litorânea e dissipavam com facilidade os germes, resolveu coletá-los nos porões dos navios. Inoculou animais com líquidos extraídos de doentes, além de águas e demais substâncias retiradas das embarcações, numa tentativa de produzir um contágio artificial. Também cultivou os “corpúsculos animados” oriundos da atmosfera infectada e do organismo humano. Após um interregno de três anos, período no qual se dedicou ao estudo da ação fisiológica da peçonha dos ofídios, Lacerda retomou em 1883 as pesquisas sobre a febre amarela justamente no momento em que Freire finalizava os preparos de sua vacina. A busca agora se deslocara dos porões dos navios para o fígado de amarelentos, órgão que, junto com os rins, desempenhava um importante papel na fisiologia dos envenenamentos. Assim, Lacerda incriminou o micróbio *Fungus febris flavae* como agente da febre amarela, um organismo vegetal microscópico pertencente à classe dos cogumelos, cuja característica principal era o polimorfismo, isto é, a capacidade de determinados microrganismos mudarem de forma e função por influência do meio exterior. O *Criptococo Xantogênico* de Freire e o *Fungus Febris Flavae* de Lacerda eram plantas microscópicas com as mesmas características da vegetação macroscópica dos trópicos, tornando possível, por analogia, a explicação da sazonalidade das epidemias e aspectos epidemiológicos da febre amarela.<sup>318</sup>

Entre os meses de abril e maio de 1883, Lacerda publicou uma teoria com consistência teórica suficiente para afirmar ser a febre amarela uma doença parasitária e não miasmática. Todavia, cerca de dez anos mais tarde (1892-1893) veio à tona os resultados de um inquérito produzido por George Sternberg, presidente da American Public Health, o qual relatava o fracasso da comunidade científica sul-americana em isolar o micróbio e produzir uma vacina. Esse relatório significou um vigoroso golpe às pesquisas de Domingos Freire, porém não

<sup>317</sup> GOMES, Ana Carolina Vimieiro. *Uma ciência moderna e imperial: a fisiologia brasileira no final do século XIX (1880-1889)*. Belo Horizonte, MG: Fino Traço; Campina Grande, PB: EDUEPB; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, p.21.

<sup>318</sup> BENCHIMOL, *op.cit.*, p.40.

representou sua exclusão imediata da arena científica.<sup>319</sup> A chegada do bacteriologista italiano Giuseppe Sanarelli à América do Sul em 1896 denotou nova adversidade ao cientista brasileiro. O germe passou a ser vinculado com a forma de bacilos e a terapêutica à soroterapia. Foi durante o Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Budapeste, realizado em 1894, que Émile Roux (1853-1933) apresentou uma comunicação referente ao tratamento da difteria, expondo pela primeira vez o uso dessa tecnologia médica – soroterapia- abrindo consequentemente novo campo investigativo, onde mais tarde se desenvolveria a imunologia como disciplina autônoma.<sup>320</sup> Entretanto, o enigma em torno da transmissão e etiologia da febre amarela sofreria novo revés na passagem do século XIX para o XX com o desenvolvimento da teoria culicidiana, comprovada empiricamente no ano 1900 na cidade de Havana (Cuba) pela comissão chefiada por Walter Reed e integrada pelos doutores Jessé William Lazaer, James Carroll e Aristides Agramonte.

Tratou-se até aqui de alguns aspectos teóricos relativos aos sintomas, etiologia e terapêutica da febre amarela desenvolvidos ao longo do século XIX por médicos brasileiros com destacada inserção nas redes científicas nacionais e internacionais. Nas páginas seguintes, a intenção é por em evidência a compreensão do médico paranaense Leocádio José Correia (1848-1886) a respeito da febre amarela e as estratégias de combate aos surtos da doença pela população litorânea do Paraná, em um tempo onde nem a forma de transmissão, muito menos os mecanismos eficazes de controle da doença eram conhecidos.

#### *A febre amarela na perspectiva do médico paranaense Leocádio José Correia.*

Leocádio José Correia recorreu à teoria miasmática para explicar o aparecimento da febre amarela em Paranaguá e ao conceito de germe para referir-se à importação da doença de portos infectados.<sup>321</sup> Apesar de não haver referência explícita ao higienista bávaro Max Von

<sup>319</sup> BENCHIMOL, *op.cit.*, p.42.

<sup>320</sup> BENCHIMOL, *op.cit.*, p.326-328.

<sup>321</sup> Leocádio José Correia nasceu em Paranaguá no dia 16 de fevereiro de 1848. Foi o terceiro filho do casal Manoel José Correia, próspero comerciante, e Gertrudes Pereira Correia. Teve seis irmãos, além dos cinco que morreram prematuramente. Desde cedo se interessou por literatura e poesia. Fez estudos de aperfeiçoamento no Colégio Episcopal de São Pedro D'Alcântara, no Rio de Janeiro, porém, não queria ser padre. Optou pela medicina, assim, em 1868, retornou novamente à Corte para cursar a faculdade. Teve como professores, entre outros: Mello Castro Mascarenhas; Moraes e Valle; Souza Fontes e João Vicente Torres Homem, à época professor de clínica dos 5º e 6º anos. Leocádio Correia doutorou-se em 1873, com tese sobre a *litotricia*, operação que consiste em triturar cálculos na bexiga ou na uretra. Após concluir a faculdade, retornou a Paranaguá e começou a trabalhar em sua clínica particular na Praça da Matriz. Passou também a escrever para um jornal local o “Conservador”. Oriundo de família prestigiada na sociedade paranaguense, Correia declarava-se monarquista e propugnava o abolicionismo, ainda que fosse proprietário de alguns escravos, fato pouco explorado pelas narrativas históricas convencionais que abordam sua trajetória de vida. Sobrinho de Manoel Euphrasio Correia, afilhado de Manoel Antonio Guimarães, o Visconde de Nácar, e primo de Ildefonso Pereira

Pettenkofer (1818-1901), essa maneira de ver o problema articula-se bem com sua teoria. Pettenkofer, mediante a teoria do solo, utilizada para explicar tanto a transmissão do cólera como da febre tifóide e da febre amarela, buscou fundamentar os processos desencadeadores de epidemias. Segundo essa teoria, com larga aceitação no século XIX, seriam quatro os fatores necessários para o desenvolvimento da febre amarela: um germe, condições climáticas, condições ambientais referentes a determinado local e a suscetibilidade de cada indivíduo em contrair a moléstia, ou seja, questões de ordem idiossincráticas. O germe não agia isoladamente. Para que pudesse maturar e adquirir capacidade de induzir doenças, seria preciso que o solo onde estivesse armazenado apresentasse umidade adequada e matéria orgânica em decomposição. Após o seu completo amadurecimento, o germe deslocava-se para a atmosfera, imiscuía-se em outros eflúvios e penetrava o organismo humano pelas vias respiratórias. Clima e solo agiam sobre o germe que amadurecia e transformava-se em matéria infectante nos verões quentes e chuvosos de zonas litorâneas tropicais. Pettenkofer intitulava-se “localista” para diferenciar-se dos contagionistas, pois em sua concepção as condições locais seriam indispensáveis ao surgimento de uma epidemia. A teoria do solo possibilitava a explicação do caráter sazonal e da especificidade geográfica da febre amarela. Muito difundida na comunidade médica da segunda metade do século XIX, não ignorou os novos conceitos da microbiologia, mas tampouco descartou aqueles relacionados à teoria ambiental.<sup>322</sup> Charles Rosenberg assinala que a teoria de Pettenkofer procurou manter um quadro de orientação ambiental holístico, atribuindo ao mesmo tempo um papel específico ao microrganismo.<sup>323</sup>

Em relação aos mecanismos de propagação da febre amarela, Leocádio Correia, inspetor de saúde do porto de Paranaguá, fez a seguinte observação:

Uns e outros em abono de sua opinião apresentam centenas de exemplos para demonstrar a sua natureza infecciosa, contagiosa ou infectocontagiosa [...] Se fatos há positivos e que a razão logo aceita para abraçar a opinião dos anticontagionistas,

---

Correia, o Barão do Serro Azul, foi inevitável que Leocádio Correia trilhasse os caminhos da política. Influenciado pelo tio, candidatou-se a deputado provincial e foi eleito para o biênio 1876/1877, reelegendo-se para 1878/1879. Assumiu também uma cadeira na Câmara Municipal de Paranaguá. Foi por duas vezes inspetor paroquial das escolas. Assumiu também em 1874 o cargo de inspetor sanitário dos portos de Paranaguá e Antonina onde enfrentou as epidemias de febre amarela, especialmente a de 1878. CORRÊA, Rubens. *Brumas do Passado: Doutor Leocádio, médico de homens e de almas*, 1989; HOERNER JUNIOR, Valério. *A vida do Dr. Leocádio*. Paranaguá: Prefeitura Municipal de Paranaguá, 1979.

<sup>322</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry. *Febre Amarela e a Instituição da Microbiologia no Brasil*. In: HOCHMAN, Gilberto (org). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 57-97.

<sup>323</sup> ROSENBERG, Charles. *op.cit.*, p.300.



outros, em maior número patenteiam o contágio da moléstia, e não devem por conseguinte ser desprezadas as medidas que a prudência recomenda.<sup>324</sup>

Correia expõe sua posição a favor do anticontagionismo e constata ao mesmo tempo como ao final da década de 1870 inexistia consenso em torno dos aspectos etiológicos da doença. A incerteza quanto às formas de transmissão da febre amarela dificultavam a adoção de medidas profiláticas eficazes. Correia, por exemplo, recomendava como recursos preventivos ações cuja “prudência recomenda”, ou seja, medidas genéricas. Marta de Almeida explica que durante o século XIX diferentes teorias médicas fundamentavam os diagnósticos, a identificação das causas e as recomendações para a profilaxia da febre amarela. Na perspectiva desta autora, a historiografia procurou agrupar essas diversas concepções médicas de forma genérica, em dois grandes referenciais teóricos: contagionismo e infeccionismo (teoria miasmática).<sup>325</sup> Sem dúvida, à luz dos conhecimentos etiológicos atuais esse binômio parece muito simples. Já o termo *infectocontagioso* -citado por Correia- era utilizado por alguns médicos brasileiros no final do oitocentos para demonstrar o compromisso entre as duas teorias em debate (contagionismo e anticontagionismo), sendo utilizado ainda para designar qualquer doença passível de notificação compulsória, desinfecções e isolamentos.<sup>326</sup>

Em meados do século XIX grande parte da população da cidade de Paranaguá estava concentrada à margem esquerda do rio Itiberê, cujo leito, durante as marés baixas, deixava exposta extensa planície de lama. Para os saberes da época, exalava um odor peculiar e vapores infectos que tornavam insalubre o ar. Matérias fecais e outros tipos de dejeções eram despejados na praia defronte à cidade. Matas, charcos, pântanos, águas estagnadas e mangues, quando submetidos aos raios solares, também contribuíam para as fermentações pútridas. O memorialista Antonio Vieira dos Santos considerava a Ilha da Cotinga outro fator agravante ao já precário estado de salubridade de Paranaguá, pois barrava a circulação dos ventos purificadores no interior da cidade.<sup>327</sup> Leocádio Correia qualificava esses problemas como naturais e físicos. As ações antrópicas também exerciam grande influência sobre o estado sanitário da cidade, principalmente o matadouro, onde não se observava nenhum preceito higiênico; os cemitérios públicos situados no centro da cidade; o lixo nas ruas, praias e

<sup>324</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 512, Arquivo IJIP vol.2, ofícios. Relatório do estado sanitário da província do Paraná durante os anos de 1875 e 1876 apresentado a V.Exa. O Senhor presidente dr. Adolpho Lamenha Lins pelo dr. Leocádio José Correia, inspetor de Saúde do porto. Curitiba, 1877.

<sup>325</sup> ALMEIDA, Marta de. Tempo de laboratórios, mosquitos e seres invisíveis. As experiências sobre a febre amarela em São Paulo. In: CHALHOUB *et al.* (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003, pp.124-125.

<sup>326</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999, p.291.

<sup>327</sup> SANTOS, Antonio Vieira dos. *op.cit.*, p.93 [1850].

campos; as cloacas imundas construídas nas vias públicas; estrebarias e chiqueiros muito comuns nos quintais das casas e o despejo de matérias fecais e águas servidas em locais impróprios. Leiamos o que escreveu Correia em relatório sobre a condição sanitária da província do Paraná durante os anos de 1875 e 1876:

Quando não bastassem essas fontes, ricas de miasmas, sobretudo o célebre matadouro, cujas emanções pútridas são lançadas por toda a cidade, o lixo das ruas, praias e campos bastaria para tornar Paranaguá uma cidade pestífera. [...] Se tais condições de solo e atmosfera, saturada de miasmas e princípios morbígenos, não são suficientes apelando ainda para um gérmen importado e com tantos elementos para mediar e ser poderosamente alimentado para explicar o aparecimento desses casos esporádicos de febre amarela? (sic).<sup>328</sup>

Na concepção de Correia, o ar recebia as emanções das matérias orgânicas animais e vegetais em estado de fermentação, ensejando moléstias pestilenciais. O sueco Jöns Jakob Berzelius (1779-1848) e os químicos alemães Friedrich Wöhler (1800-1882) e Justus Von Liebig (1803-1873) reduziram os processos de fermentação à interação de forças químicas e físicas, com base nas hipóteses de Lavoisier e em oposição a todas as formas de vitalismo. Para Liebig, fermentação e putrefação eram instabilidades químicas provocadas pela presença de matéria orgânica em decomposição, cujo estado de vibração molecular interna poderia comunicar-se a outras matérias orgânicas ou inorgânicas. Já na concepção de Barzelius, os processos fermentativos requeriam a intervenção de uma substância particular atuante por meio de força denominada catalítica, provocando a decomposição do corpo com o qual entrava em contato. Tal substância permanecia intacta, sem participar da troca química, conforme admitia Liebig.<sup>329</sup>

Em 1830 os franceses Cagniard de Latour (1777-1859), Theodor Schwann (1810-1882) e o alemão Friedrich Traugott Kützing (1807-1893) supuseram ser a fermentação da cerveja e do vinho o resultado da atividade de células ou corpúsculos vivos, incluídos por Latour no reino vegetal. Por sua vez, Schwann classificou tais microrganismos como fungos, e Kützing, como algas dotadas de acentuado polimorfismo:

A ocorrência constante e a multiplicação dos corpúsculos durante o processo de fermentação, e a interrupção destes processos quando expostos a influências capazes de destruir os corpúsculos eram provas de que o fermento era um ser vivo, e a fermentação, um processo vital. Para Liebig e outros quimiaristas, a presença de animálculos nos líquidos fermentados era tão-somente a consequência de sua

<sup>328</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 512, Arquivo IJIP vol.2, ofícios. Relatório do estado sanitário da província do Paraná durante os anos de 1875 e 1876 apresentado a V.Exa. O Senhor presidente dr. Adolpho Lamenha Lins pelo dr. Leocádio José Correia, inspetor de Saúde do porto. Curitiba, 1877.

<sup>329</sup> BENCHIMOL, *op.cit.*, pp.59-61.

decomposição, que resultava na formação de um meio alterado com os elementos moleculares adequados à nutrição destes seres.<sup>330</sup>

A aplicação das ideias de Justus Von Liebig à febre amarela contava com muitos adeptos entre os médicos brasileiros. Segundo o químico alemão, as doenças infecciosas tinham como princípios os eflúvios, miasmas e os vírus (cujo significado naquele contexto denotava *veneno*, diferente da acepção atual da palavra). Muitos clínicos e higienistas do século XIX viam a febre amarela como o resultado de um envenenamento ocasionado por um miasma oriundo do meio externo, agindo sob determinadas condições climáticas e telúricas. Os processos químicos desencadeados pelo veneno no interior do organismo causavam um desequilíbrio das partes constituintes do sangue e consequentemente a degeneração de diversos órgãos, principalmente o fígado. Portanto, as condições atmosféricas teriam importante papel não só em relação à doença como também à higiene, exercendo influência inclusive sobre a fisiologia do corpo humano. Todavia, inexistia consenso em relação ao desenvolvimento da doença no organismo humano, diferentemente do que ocorria em relação ao meio externo. Isso se dava em função das condições rigorosamente estabelecidas das manifestações epidêmicas, permitindo aos médicos uma série de induções ligadas ao agente causal. O germe era sensível às influências climáticas, portanto tinha característica sazonal. O ambiente propício a sua germinação deveria apresentar uma combinação de temperaturas e umidade do ar elevadas com matérias azotadas e hidrocarbonadas, substâncias originárias da decomposição de material orgânico, abundantes em cidades como Rio de Janeiro e Paranaguá.<sup>331</sup>

Conforme visto anteriormente, as dificuldades enfrentadas no diagnóstico da febre amarela estavam relacionadas, entre outros fatores, às semelhanças entre os sintomas dos diversos tipos e subtipos de febres, levando os mais céticos a desconfiarem da palavra final do facultativo. Um diagnóstico da doença podia ser contestado por outro médico, para quem se tratava de uma simples febre biliosa, por exemplo.<sup>332</sup> Para distingui-la das demais *febres*,

---

<sup>330</sup> BENCHIMOL, *op.cit.*, p.60.

<sup>331</sup> BENCHIMOL, *op.cit.*, p.214.

<sup>332</sup> Atualmente o país enfrenta o mesmo problema em relação à dengue, zika e chikungunya, cujos sintomas são parecidos. Em relação ao zika e à dengue o diagnóstico diferencial é crucial em função dos casos de microcefalia congênita e para a identificação precoce dos casos de dengue hemorrágica. Todavia, o diagnóstico só é possível mediante testes sorológicos capazes de detectar partículas virais no sangue por métodos moleculares. Atualmente esses testes são realizados somente em laboratórios de ponta. A reprodução mais simples e rápida dos exames em laboratórios públicos e locais encontra-se em fase de pesquisa. Além desse entrave os cientistas ainda enfrentam o problema da reação cruzada entre os anticorpos do zika, dengue e febre amarela. Nos casos relativos ao vírus zika há também o limitado período para a detecção da positividade no sangue, geralmente quatro a cinco dias após o início da sintomatologia. Passado esse período o vírus desaparece da circulação sanguínea, mas persiste na urina por duas ou três semanas.

Leocádio Correia organizou uma descrição sintomatológica dos casos observados por ele. O vômito e a anúria (diminuição da secreção urinária) seriam sintomas considerados típicos; caso viessem a se manifestar conjuntamente em determinado enfermo, o prognóstico era negativo e o paciente com muita probabilidade viria a falecer. Porém, o prognóstico poderia ser positivo se os dois sintomas se manifestassem separadamente. As epistaxes (hemorragias nasais) também eram comuns nos casos observados por Correia. Em um marinheiro espanhol o médico observou hemorragia ocular. Raros foram os casos onde a doença não apresentou os três períodos distintos: inicial ou de invasão; transição e grave. Nos casos benignos a doença não atingia o terceiro período. Durante o segundo, a anúria e o calor epigástrico podiam persistir, assim como as febres, porém em menor intensidade do que no estágio anterior. Algumas vezes o vômito negro manifestava-se logo no primeiro período da doença.<sup>333</sup> Apesar dos esforços do médico paranaense, o grau de anuência durante o século XIX em relação aos sintomas, terapêutica, lesões características e fases de evolução da febre amarela era baixo. Reinava à época um ambiente denominado “ceticismo terapêutico”, marcado por ausência de consenso que dificultava tanto os diagnósticos como os prognósticos dos casos tratados e, por conseguinte, as ações e medidas a serem tomadas em relação à prevenção da moléstia.<sup>334</sup>

De acordo com Leocádio Correia, Paranaguá reunia todas as condições ambientais necessárias para o desenvolvimento de moléstias pestilenciais. A não aclimação de indivíduos oriundos de outras regiões, sobretudo da Europa e Ásia, agravava ainda mais esse quadro. Essas pessoas compunham o grupo mais suscetível à doença. Além da não aclimação, argumentava Correia, o modo de vida dos imigrantes também influía na transmissão da febre amarela. Muitos se alimentavam de forma precária, vestiam andrajos e habitavam tugúrios. Aqueles que não conseguiam serviço nas colônias, vagueavam pelas ruas de Paranaguá competindo com os escravos nos trabalhos braçais. Os imigrantes, principal grupo afetado pela moléstia, também eram acusados de propagar o mal.<sup>335</sup> Em relatório enviado ao governo da província do Paraná em 1877, o médico afirmou que a cidade não tinha vivenciado ainda uma grande epidemia em virtude da atmosfera: fortes descargas elétricas podiam ser observadas diariamente durante a estação calmosa, assim como chuvas torrenciais e *exalações salutare*s que emanavam das matas. Na opinião de Correia esses

<sup>333</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 512, Arquivo IJIP vol.2, ofícios. Relatório do estado sanitário da província do Paraná durante os anos de 1875 e 1876 apresentado a V.Exa. O Senhor presidente dr. Adolpho Lamenna Lins pelo dr. Leocádio José Correia, inspetor de Saúde do porto. Curitiba, 1877. Importante observar que nas descrições realizadas por Correia não foi mencionada a icterícia, tão comum entre os sintomas clínicos da febre amarela.

<sup>334</sup> BENCHIMOL, *op.cit.*, p.35.

<sup>335</sup> Essa atitude pode ser compreendida à luz do quadro analítico descrito por Rosenberg no início deste capítulo.

fatores teriam impedido, durante certo período, a eclosão de surtos epidêmicos. Afirmações como esta deram azo à concepção ufanista bastante difundida a respeito da salubridade climática e ambiental do Paraná.<sup>336</sup> Entretanto, conforme as descrições dos relatórios de Leocádio Correia a cerca do estado sanitário da província, a ausência de grandes flagelos pestilenciais não significava que as cidades e vilas da região possuísem um espaço urbano saneado e muito menos que a maioria de sua população gozasse de condições dignas de sobrevivência e saúde.

Em suas tentativas de compreender a natureza etiológica da febre amarela, Leocádio Correia associou a existência de um microrganismo com fatores de ordem climática, compartilhando a mesma concepção de seu professor, Torres Homem, a respeito do caráter miasmático da moléstia. Ambos viam como fatores desencadeantes de surtos epidêmicos os problemas de origem natural, física e antrópica. Tais fatores possuíam característica ambígua, pois podiam agravar ou diminuir os riscos de infecção e eclosão de novas epidemias, como é o caso da não aclimação (predisposição ao veneno amarílico), das chuvas fortes e tempestades (que diminuía e/ou mesmo impediam o surgimento da doença) e do modo de vida dos imigrantes (hábitos que favoreciam o desenvolvimento da moléstia). Chama atenção o grau de sintonia de Correia com a agenda científica nacional. Ao final da década de 1870 ainda não existia uma proposta de vacina para a febre amarela. Naquela época o debate gravitava em torno da afirmação de relações de causa e efeito entre microrganismos e a doença e, no limite, um medicamento capaz de curá-la, isto é, as injeções subcutâneas de salicilato de sódio (ácido acetilsalicílico- aspirina). Contudo, a hipótese do agente causal pouco influía na diferenciação sintomatológica de outras *pirexias*, ou seja, no diagnóstico diferencial. Os diversos tipos de febres que grassaram em Paranaguá na segunda metade do século XIX apresentaram sintomas clínicos semelhantes entre si, dificultando a formação de identidades teóricas específicas e a adoção de medidas profiláticas por parte das autoridades sanitárias que, pressionadas diante da gravidade de uma doença como a febre amarela, eram obrigadas a tomar decisões o mais rápido possível para conter os anseios da população e dos comerciantes marítimos em geral.

---

<sup>336</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 512, Arquivo IJIP vol.2, ofícios. Relatório do estado sanitário da província do Paraná durante os anos de 1875 e 1876 apresentado a V.Exa. O Senhor presidente dr. Adolpho Laménha Lins pelo dr. Leocádio José Correia, inspetor de Saúde do porto. Curitiba, 1877.

*Tempos febris: os surtos de 1857 e 1878 no litoral paranaense.*

Após um longo intervalo, durante o qual ficou restrita a surtos esporádicos, a febre amarela eclodiu epidemicamente em diversas regiões do Brasil no verão de 1849-1850. Os primeiros casos surgiram na Bahia em outubro de 1849, e foram associados à chegada do brigue *Brazil*, procedente do porto de Nova Orleans, cidade onde o mal amarelo reinava com grande intensidade. Em 27 de dezembro a doença desembarcou na Capital do Império. Dois casos haviam sido identificados em uma barca americana denominada *Navarre*. Quatro foram trazidos pelo vapor *D. Pedro* e mais quatro casos foram constatados numa hospedaria de um certo Frank. O *Navarre* e o *D. Pedro* haviam feito escalas na Bahia. Durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 1850 a epidemia atingiu proporções alarmantes no Rio de Janeiro, ceifando a vida de mais de noventa pessoas por dia. Segundo Torres Homem, foram mais de 9.600 vítimas, das quais, 4.160 fatais. A maioria dos infectados era de estrangeiros.<sup>337</sup>

As fontes consultadas indicam que a primeira manifestação confirmada da febre amarela no Paraná após sua emancipação política ocorreu no início de fevereiro de 1857. Acredita-se que a doença chegou ao porto de Paranaguá pela embarcação inglesa *Meggie*, oriunda do Rio de Janeiro. No dia sete daquele mês, três de seus tripulantes foram encaminhados à Santa Casa, onde o provedor de Saúde de Paranaguá, após examiná-los, afirmou tratar-se do mal amarelo.<sup>338</sup> Dois vieram a falecer em pouco tempo e o último foi transferido para o lazareto da Ilha das Cobras, onde, passado algumas horas, também foi a óbito. Alguns dias depois toda a tripulação da embarcação inglesa apresentou os sintomas da doença. Encaminhados para o lazareto, alguns reestabeleceram a saúde, outros desceram à sepultura. Os casos haviam cessado e quando o mal parecia estar sob controle, duas novas embarcações oriundas da Corte atracaram em Paranaguá com o “germe” a bordo, fazendo ressurgir a angústia e ansiedade na população local. A tripulação de uma delas, denominada *Euxine* foi praticamente dizimada e o principal temor das autoridades sanitárias se

<sup>337</sup> TORRES HOMEM, João Vicente. *op. cit.*, p.376 [1885].

<sup>338</sup> A Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá foi inaugurada em 8 de dezembro de 1836. Sua fundação está relacionada ao surgimento da Sociedade Patriótica dos Defensores da Independência e Liberdade Constitucional e à construção da capela do Senhor Bom Jesus dos Perdões. Segundo Júlio Moreira, um dos principais objetivos da sociedade foi garantir a transição segura do Primeiro para o Segundo Reinado. A sociedade instalou-se em Paranaguá em 9 de outubro de 1831, durante o período regencial, arregimentando, inicialmente, quarenta e oito pessoas, todas influentes, pertencentes aos níveis mais altos da sociedade. Inicialmente, o hospital funcionou de maneira provisória na casa do tenente coronel Manoel Francisco Correia, na Rua Boa Vista. A construção do hospital definitivo só foi concluída em 1841, junto à capela do Bom Jesus dos Perdões, cuja existência data de 1710. A Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá enfrentou ao longo da segunda metade do século XIX constantes dificuldades para prestar atendimento médico à população pobre em virtude da falta de recursos. MOREIRA, Júlio. História da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá (Fundação). In: *Revista médica do Paraná*. Curitiba: v.12, n.4-6, jul.-dez. 1953, pp.155-162.

concretizou, isto é, as manifestações do flagelo romperam a “redoma” portuária alastrando-se para o núcleo urbano, vitimando pessoas no centro da cidade. Diante do quadro dramático vivido pelos moradores do litoral, o presidente da Província resolveu, entre outras medidas, nomear uma comissão extraordinária de saúde pública; equipar o lazareto da Ilha das Cobras; declarar quarentena aos navios oriundos do Rio de Janeiro; construir um hospital provisório para tratamento de pessoas com recursos financeiros escassos e enviar médicos para auxiliar no combate à peste, uma vez que a doença vitimara um facultativo no exercício de suas funções. As estatísticas computadas pela Comissão extraordinária e pelo dr. José Cândido da Silva Murici (integrante da respectiva comissão), designado para atuar no “teatro dos acontecimentos”, revelaram um total de 361 pessoas acometidas pela moléstia, das quais 34 faleceram.<sup>339</sup> Desses dados é possível ainda extrairmos as seguintes conclusões: entre os estrangeiros constatou-se apenas 21% dos casos; dos 286 indivíduos nacionais atingidos pelo mal, apenas 60 eram cativos.<sup>340</sup> O baixo número de afrodescendentes infectados é explicado pelo saber médico da época mediante o argumento da imunidade adquirida em seus países de origem e da aclimação. Já o reduzido número de estrangeiros atacados, principal grupo a sofrer com as epidemias que grassavam na Corte, pode ser explicado em função das relações comerciais marítimas mantidas pelo porto. De acordo com Cecília Westphalen, as embarcações que ligavam o porto de Paranaguá aos demais portos do Império, por meio da navegação de cabotagem, eram provenientes, em sua maioria, das províncias do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Rio de Janeiro. Entre os anos de 1801 a 1878, 5.525 embarcações realizaram a navegação de cabotagem no porto de Paranaguá. Desse total, 2.696 tinham como procedência e destino o Rio de Janeiro, e 1.730, a província de Santa Catarina. As relações comerciais entre Paranaguá, Montevideu e Buenos Aires datam do início da década de 1810, mas só se tornaram constantes com a exportação regular de erva-mate a partir da década de 1820. Entre os anos de 1825 a 1878, 3.942 embarcações que realizavam navegação de longo curso aportaram em Paranaguá. Dessas, 3.262 tinham como procedência e destino o Rio da Prata, e 285, o Chile. A nacionalidade das embarcações que praticavam a navegação de longo curso entre os anos de 1826 a 1884 é majoritariamente brasileira, com um

<sup>339</sup> Conforme o mapa estatístico da população do Paraná, em 1854 Paranaguá contava com aproximadamente 6.500 habitantes. PARANÁ. *Relatório do presidente da província do Paraná o conselheiro Zacarias de Góes e Vasconcellos na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de julho de 1854*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1854, Mapa 14. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 01 de fevereiro de 2016.

<sup>340</sup> PARANÁ. *Relatório apresentado ao excelentíssimo senhor doutor Francisco Liberato de Mattos, presidente da província do Paraná, pelo segundo vice-presidente José Antonio Vaz de Carvalhaes sobre o estado da administração da mesma província no ano de 1857*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1858, pp.22-26. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 31 de janeiro de 2016.

total de 647 navios, seguido por Espanha e Alemanha, com 141 e 127 navios respectivamente.<sup>341</sup> Somente com a expansão da imigração na década de 1870 o fluxo de embarcações estrangeiras no porto de Paranaguá aumentaria.

As estatísticas de José Cândido da Silva Murici referentes aos meses de abril e maio de 1857 revelam a utilização de métodos homeopáticos no tratamento de amareletos. As observações em relação à impossibilidade de se apurar com precisão o número de indivíduos infectados também denota a busca, por parte da população doente, de outros tipos de terapêutica alternativa. Nesses dois meses foram tratadas com base na homeopatia vinte e sete pessoas, das quais, vinte conseguiram convalescer e apenas duas faleceram. Durante o mês de abril, trinta e nove indivíduos procuraram resolver seus problemas de saúde “alopaticamente por diversos”, destes, trinta e dois obtiveram a cura e somente três foram a óbito. Se considerarmos essas trinta e nove pessoas como tratadas por “curiosos”, os enfermos atendidos por terapeutas populares e métodos heterodoxos de cura foram superiores aos tratados pelo dr. Henrique da Cunha Moreira (provedor de saúde interino do porto de Paranaguá), cujas consultas contabilizaram vinte e três pacientes. Entretanto, segundo os dados de Murici, o número de casos fatais entre os que supostamente recorreram a curandeiros foi superior aos casos submetidos ao método homeopático.<sup>342</sup> Duas questões interessantes saltam aos olhos nos levantamentos realizados por Murici. A opção por parte da população em recorrer à medicina alternativa e a relação, aparentemente pacífica, entre medicinas alopática e homeopática mantida entre os membros da comissão. Importante lembrar que este médico produziu o referido quadro estatístico numa conjuntura onde os historiadores costumam descrever a rivalidade entre médicos- sequiosos pela hegemonia da medicina acadêmica- e seus “concorrentes”: espíritas, curandeiros, homeopatas, enfermeiros e parteiras. Sem dúvida, a disputa entre as diversas categorias ligadas às artes de curar estava relacionada ao mundo do trabalho. Na capital do império e em outras cidades, os médicos alopatas procuravam conquistar o monopólio sobre esse comércio mediante estratégias políticas e judiciárias que lhes garantissem a soberania sobre os demais métodos de cura considerados legítimos até meados da década de 1830. A homeopatia não ficou imune a esses ataques que dificultaram a execução de ambiciosos projetos de institucionalização elaborados

<sup>341</sup> WESTPHALEN, Cecília Maria. *Porto de Paranaguá, um sedutor*. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1998, pp.35-40.

<sup>342</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 429 CAIXA 373. José Cândido da Silva Murici. Estatística médica da cidade de Paranaguá, durante o mês de abril de 1857, apresentada pela Comissão extraordinária de Saúde Pública. Paranaguá, 2 de maio de 1857. Rio de Janeiro, 1857. ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 429 CAIXA 373. José Cândido da Silva Murici. Estatística médica da cidade de Paranaguá durante o mês de maio de 1857, apresentado pela Comissão extraordinária de saúde pública. Paranaguá, 1º de junho de 1857. Rio de Janeiro, 1857.



por seus adeptos no Brasil, justamente porque, como outras formas de cura, tinha uma concepção espiritual da doença e da saúde.<sup>343</sup>

Henrique da Cunha Moreira declarou controlada a febre amarela naquela cidade no final de fevereiro de 1857. A informação levou as autoridades a desativarem o lazareto da Ilha das Cobras. Indignado, Moreira tentou argumentar que o mesmo não poderia ser fechado enquanto reinasse qualquer espécie de epidemia na Corte. Sua maior preocupação estava relacionada com a dispensa do enfermeiro, em razão da enorme dificuldade em encontrar esses profissionais na região.<sup>344</sup> Isso demonstra como a saúde pública em províncias periféricas como a do Paraná era “uma estrutura de pessoas dependentes”. A dificuldade em se encontrar enfermeiros na região litorânea da província paranaense revela os laços de dependência entre os indivíduos e as figurações sociais formadas naquele espaço, em outras palavras, a organização sanitária e os grupos que nela atuavam e que dela dependiam não constituíam esferas autônomas e independentes, mas sim elementos integrados no interior de uma mesma teia de interdependências. Não obstante, além dos fatores genuinamente científicos, como a questão dos diagnósticos (um parecer equivocado poderia significar a eclosão de surtos epidêmicos e consequentemente a morte de várias pessoas, além de inconvenientes embaraços ao comércio e à vida cotidiana local), descasos com a saúde pública por parte do governo como estes narrados em relação ao lazareto da Ilha das Cobras, ampliavam ainda mais as dificuldades enfrentadas pelos facultativos.

Restrita a casos esporádicos durante duas décadas, a febre amarela ressurgiu no litoral paranaense em 1878 em proporções epidêmicas. Segundo relatórios do governo, a epidemia começou em 15 de fevereiro e findou em 5 de abril, acometendo 479 pessoas das quais 54 faleceram.<sup>345</sup> Esse número talvez seja maior se levarmos em consideração os afetados que

<sup>343</sup> PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, pp.63-107. A homeopatia alcançou grande popularidade no Brasil entre as décadas de 1840 e 1850, quando foi introduzida por Benoît Mure (1809-1858). Após a fundação do Instituto Hahnemanniano brasileiro, em 1859, a prática homeopática passou a figurar nos dispensários, enfermarias e consultórios de hospitais como os das Santas Casas de Misericórdia. Aos poucos conquistou espaço e a conversão de alguns médicos alopatas. A inserção nos currículos das faculdades de medicina chegou a ser cogitada, obtendo êxito somente em algumas regiões do Brasil. O processo de institucionalização culminou com a criação da primeira faculdade de medicina homeopática em 1912, na cidade do Rio de Janeiro. Os critérios de acesso e permanência do estudante eram tão rígidos quanto aqueles estabelecidos pelas instituições de ensino oficiais. O objetivo era fazer da homeopatia um sistema terapêutico complexo com racionalidade médica própria e legítima. PEREIRA NETO, André de Faria. *op.cit.*, pp.87-107.

<sup>344</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Relatório apresentado em março de 1857 ao Governo da Província do Paraná pelo provedor de Saúde interino do porto de Paranaguá Henrique da Cunha Moreira. Rio de Janeiro, 1857.

<sup>345</sup> PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa do Paraná pelo presidente da Província excelentíssimo senhor Dr. Rodrigo Octávio de Oliveira Menezes no dia 9 de abril de 1878*. Curitiba: Tipografia da Viúva Lopes, 1878, p.2. Disponível em: < <http://www.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acesso em: 01/02/2016. De acordo com o censo de 1872, Paranaguá contava com uma população de 8.228 pessoas. DGE-

residiam em lugares distantes e de difícil acesso. A crise epidêmica foi precedida pelos acontecimentos ocorridos em janeiro de 1877, quando uma embarcação alemã, o *Pellikan*, oriunda da Corte, onde a febre amarela grassava com intensidade, atracou em Paranaguá e deixou em alerta as autoridades locais, exigindo dos médicos um esforço para evitar a disseminação da doença na região.

A fortaleza da barra, por meio da estação telegráfica, comunicou a Leocádio Correia, então inspetor de Saúde do Porto, que a bordo do *Pellikan* haviam falecido dois tripulantes, vítimas de uma enfermidade ainda desconhecida.<sup>346</sup> Seus corpos foram atirados ao mar. O capitão da embarcação apresentou os mesmos sintomas, porém, procurou dissimulá-los ao receber a visita da inspeção sanitária, negando estar com a saúde comprometida e que, em seu brigue existisse qualquer anormalidade. O capitão não forneceu maiores detalhes sobre a morte dos dois marinheiros. No dia seguinte à inspeção, o capitão foi removido em estado grave para o lazareto, vindo a falecer. Segundo Correia, apresentou todos os sintomas característicos da febre amarela. O brigue ficou retido durante vinte dias e foi submetido a desinfecção geral e a visitas diárias do inspetor.<sup>347</sup> O médico da Companhia de Aprendizes de Marinheiro da cidade de Paranaguá, temeroso com as notícias referentes ao *Pellikan*, recomendou ao capitão do porto de Paranaguá, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, a limpeza do navio escola e a caiação interna e externa de todas as paredes do quartel.<sup>348</sup> A Câmara Municipal de Antonina igualmente receosa, solicitou ao governo da província os medicamentos recomendados pelo médico local, o dr. José Franco Grillo.<sup>349</sup> A Câmara Municipal de Paranaguá, ao receber as notícias referentes ao *Pellikan*, recorreu ao presidente da Província, Adolpho Lamenha Lins, para a criação de uma comissão sanitária na cidade antes da disseminação do mal. Lamenha Lins atendeu ao pedido da Câmara e criou a comissão sanitária de Paranaguá. Seu presidente era o juiz de Direito, Cesário José Chavantes; dela faziam parte o inspetor de Saúde, Leocádio Correia; o delegado de Polícia, Joaquim

---

Diretoria Geral de Estatística. *Recenseamento geral do império de 1872*. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger; Tip. Comercial, 1876. 23v. Disponível em: < <http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/>> Acesso em: 01/02/2016.

<sup>346</sup> O telégrafo facilitou a atuação das inspetorias de saúde ao permitir que medidas profiláticas e preventivas pudessem ser planejadas antecipadamente.

<sup>347</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 535, Arquivo IJIP vol.2, ofícios. Relatório do estado sanitário da província do Paraná durante o ano 1877 apresentado a V. Exa. o Senhor presidente da Província dr. Joaquim Bento de Oliveira Junior pelo inspetor de Saúde dr. Leocádio José Correia. Curitiba, 1878.

<sup>348</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 513, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Relatório enviado no dia 5 de fevereiro de 1877 ao governo da província do Paraná pelo capitão do porto de Paranaguá, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, referente à manifestação da febre amarela na região. Curitiba, 1877.

<sup>349</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 513, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Ofício enviado no dia 27 de fevereiro de 1877 ao governo da província do Paraná pela Câmara Municipal de Antonina. Curitiba, 1877.

Antonio Pereira Alves e o capitão do porto, Joaquim Guilherme de Mello Carrão.<sup>350</sup> As comissões sanitárias tinham caráter temporário e eram dissolvidas logo após o surto, muito embora, exigissem do governo da província recursos para a instalação de lazaretos, hospitais, saneamento de cidades e principalmente apoio médico.<sup>351</sup> Outros casos de febre amarela foram constatados na tripulação do *Pellikan*. A despeito disso o novo capitão do brigue alemão dirigiu-se à Capitania onde deu entrada na documentação necessária para prosseguir viagem rumo a Antonina. Após ser considerado livre da doença, seguiu para lá, onde surgiu a bordo o oitavo caso, despertando a fúria daqueles que já haviam criticado Correia por não ter agido de forma mais rigorosa em relação à quarentena.<sup>352</sup>

Sobreviveram apenas um ou dois marinheiros da tripulação do brigue alemão. A doença não ficou somente a bordo da embarcação, acometendo e vitimando pessoas em terra. De acordo com Correia, vômitos negros e hemorragias foram constantes nos casos fatais. Alguns doentes apresentaram anúria (diminuição da secreção urinária), e os casos benignos foram seguidos por disúria (dificuldade para urinar) e adinamia (prostração intensa). Em sua opinião o germe responsável pela doença fora importado da cidade do Rio de Janeiro, onde a epidemia reinava abertamente.<sup>353</sup> Outros médicos brasileiros também acreditavam na importação do germe da febre amarela: “José Pereira Rego, por exemplo, louvou a ‘proverbial’ salubridade do Rio de Janeiro logo no início de seu estudo sobre a grande epidemia de febre amarela de 1850; em seguida, empenhou-se em demonstrar que o flagelo fora uma importação do estrangeiro, não se devendo apenas a causas locais”.<sup>354</sup> Ninguém ousava admitir àquele tempo que sua cidade ou província pudesse ser um foco pestilencial, sobretudo quando o império brasileiro esforçava-se para mostrar ao mundo que a civilização nos trópicos também era viável.

Cerca de um ano depois, em fevereiro de 1878 um tripulante da embarcação *Calderon* faleceu em consequência da doença. A embarcação iria atracar no porto de Paranaguá com

<sup>350</sup> LINS, Adolpho Lamenha. *Relatório apresentado á Assembléia Legislativa do Paraná*. Província do Paraná, Typ. da Viuva Lopes, 1877, p. 25. Disponível em: < <http://www.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acesso em: 01 de fevereiro de 2016.

<sup>351</sup> MENEZES, Rodrigo Octávio de Oliveira. *Relatório apresentado à Assembléia Legislativa do Paraná*. Província do Paraná, 1878, p.2. Disponível em: < <http://www.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acesso em: 01/02/2016.

<sup>352</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 535, Arquivo IJIP vol.2, ofícios. Relatório do estado sanitário da província do Paraná durante o ano 1877 apresentado a V. Exa. o Senhor presidente da Província dr. Joaquim Bento de Oliveira Junior pelo inspetor de Saúde dr. Leocádio José Correia. Curitiba, 1878.

<sup>353</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 535, Arquivo IJIP vol.2, ofícios. Relatório do estado sanitário da província do Paraná durante o ano 1877 apresentado a V. Exa. o Senhor presidente da Província dr. Joaquim Bento de Oliveira Junior pelo inspetor de Saúde dr. Leocádio José Correia. Curitiba, 1878.

<sup>354</sup> CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, Brasil: Companhia das Letras, 1996, p.60.

centenas de imigrantes. Leocádio Correia pediu orientação de como proceder ao vice-presidente da Província, Jesuino Marcondes de Oliveira e Sá, sugerindo a criação de um local de quarentena na Ilha de Eufrasina com o intuito de desafogar o lazareto da Ilha das Cobras e evitar que passageiros e tripulantes em observação viessem a se misturar com pessoas doentes. Como não obteve resposta do governo, ameaçou enviar os colonos para Curitiba.<sup>355</sup> A estratégia adotada por Correia certamente tinha como objetivo tentar obter resposta mais célere por parte do governo provincial. O presidente da Câmara Municipal de Antonina pediu ao governo da província que os imigrantes desembarcados em Paranaguá fossem primeiramente encaminhados para a Ilha da Eufrasina antes de seguirem para aquela cidade. A justificativa do presidente da Câmara para tal procedimento era a prevenção de aglomerações humanas que pudessem favorecer o desenvolvimento da febre amarela.<sup>356</sup> Em telegrama enviado em 5 de março de 1878 ao presidente da Província, o capitão do Porto, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, revelou que sessenta colonos do navio *Marumby*, acometidos pelo mal amarílico, tinham desembarcado no porto de Paranaguá, de onde seguiriam para Barreiros- Santa Catarina. Pressões populares obrigaram Carrão a ordenar o reembarque imediato dos doentes enviando-os diretamente ao seu destino final.<sup>357</sup> As autoridades de Morretes haviam sugerido que ao menos as malas dos imigrantes seguissem diretamente para Barreiros, pois o embarque na estação de São João da Graciosa demorava muito. Acreditavam que tal medida pudesse evitar a formação de novos focos propagadores da doença. A criação de um cordão sanitário entre os distritos de Morretes e Antonina chegou a ser cogitado, tamanho receio da população local. Morretes contava àquela época com grande número de colonos aguardando para seguir aos seus destinos finais. Isso ampliava ainda mais o temor em relação à febre amarela, uma vez que imigrantes possuíam maior suscetibilidade à moléstia.<sup>358</sup>

---

<sup>355</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 536, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Telegrama enviado no dia 9 de fevereiro de 1878 ao governo da província do Paraná pelo então inspetor de Saúde Leocádio José Correia. Curitiba, 1878.

<sup>356</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 536, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Telegrama enviado no dia 9 de fevereiro de 1878 ao governo da província do Paraná pela Câmara Municipal de Antonina. Curitiba, 1878.

<sup>357</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 5 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo então capitão do porto de Paranaguá Joaquim Guilherme de Mello Carrão. Curitiba, 1878.

<sup>358</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 20 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo então juiz municipal de Morretes Vicente Ferreira de Loyola. Curitiba, 1878.

Os portos de Montevidéu haviam suspenso as atracções de embarcações provenientes do Brasil.<sup>359</sup> Surpreendentemente, e por razões não declaradas na fonte consultada, o Ministério do Império ordenou ao governo da província do Paraná a suspensão das quarentenas.<sup>360</sup> Contudo, as recomendações não foram seguidas. Apesar de o inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá ter suspenso as observações na barca inglesa *Kent* e na francesa *Cité J'Aleth*, depois das desinfecções e caiações, outras três embarcações permaneceram sob vigilância, pois seus tripulantes estavam internados para tratamento.<sup>361</sup> As ordens do governo central não foram seguidas pelos funcionários da província, gerando atritos entre a terceira diretoria do Ministério do Império e a inspetoria de saúde do porto de Paranaguá. No periódico *Echo Paraná* é possível observar um quadro das embarcações onde se constatou a febre amarela durante o primeiro semestre de 1878. Eram oito, sendo duas nacionais. Na barca alemã *Wilhelmina* ocorreram sete casos, sendo dois fatais. No brigue holandês *Yonge Evert* foram seis casos com três mortes. Na embarcação inglesa *Catherine*, apenas seis infectados sem nenhum óbito. Na barca francesa *Cité d' Aleth* houve três casos com uma morte. Foi registrado apenas um caso fatal na barca inglesa *Kent* e também no brigue alemão *Emmi & Otto*. Nos vapores nacionais *Cervantes* e *Rio Grande* ocorreram três casos com uma morte neste último.<sup>362</sup>

A Câmara Municipal de Paranaguá, em sessão extraordinária realizada em meados de março de 1878, resolveu elaborar, em conjunto com o inspetor de Saúde do Porto, um edital com instruções higiênicas direcionadas à população com o intuito de conter os estragos causados pela epidemia. Resolveu assim:

1º Proibir a criação e conservação de porcos nos quintais das casas dentro do quadro urbano, e bem assim estrebarias de gado vacum e cavalar.

2º Proibir a conservação de latrinas nas casas e quintais, a menos que não estejam hermeticamente fechadas.

3º Proibir lançar nas ruas, pátios, saídas para o campo, áreas e quintais; despejo, lixo, matérias deletérias ou qualquer outro objeto contra o asseio e salubridade pública.

4º Proibir conservar-se nos quintais, águas estagnadas, infectas, corpos sólidos ou solúveis, que incomodem, ou disso possa produzir mal.

5º Proibir expor à venda e vender, gêneros líquidos ou secos danificados ou falsificados, e frutas não sazoadas.

<sup>359</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 536, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Telegrama enviado no dia 16 de fevereiro de 1878 ao governo da província do Paraná pela Câmara Municipal de Paranaguá. Curitiba, 1878.

<sup>360</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 536, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Telegrama enviado no dia 14 de fevereiro de 1878 ao governo da província do Paraná pelo Ministério do Império. Curitiba, 1878.

<sup>361</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 536, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Telegrama enviado no dia 24 de fevereiro de 1878 ao governo da província do Paraná pelo então inspetor de saúde Leocádio José Correia. Curitiba, 1878.

<sup>362</sup> *Echo Paraná*. Paranaguá, 22 de fevereiro de 1879, ano I, n.8.

6º Proibir que o despejo das matérias fecais se faça antes das 10 horas da noite, em vasilhas não fechadas hermeticamente, e em outro lugar que não seja o mar- da Rua Sete de Setembro para o lado do arsenal.

7º Ordenar que as embarcações que aportarem nesta cidade vindas de portos infectados, de bordo de vapores ou outras embarcações de tal procedência, tragam a seu bordo desinfetantes por onde devem passar a bagagem dos passageiros, e qualquer carga.

8º Ordenar também que, logo que seja concluído o esquartejamento das rezes, porcos ou carneiros no matadouro, o seu dono fará imediatamente enterrar o sangue e demais resíduos.

9º Deliberar também pagar os medicamentos às pessoas afetadas da epidemia de febre amarela, sendo elas pertencentes à classe menos abastada da sociedade, uma vez que na receita haja nota do médico assistente em que declare essa qualidade.

10º O fiscal da Câmara, e o guarda Antonio Rodrigues da Costa, serão os executores das deliberações tomadas pela Câmara.

11º A Câmara Municipal em vista dos arts. 14, 133 e mais disposições, convidará ao Dr. Inspetor de Saúde, ao Subdelegado de Polícia e peritos, para a visita que procederão nas casas de negócio, quintais e outros lugares, aonde farão impor a multa de 30\$000 ao infrator destas deliberações de acordo com o mesmo art. 14 citado.

12º Convida-se também aos habitantes deste município a mandar cair interna e externamente as suas casas, a trazê-las perfeitamente asseadas- os quintais varridos, usando de desinfetantes.

Paço da Câmara Municipal de Paranaguá, em sessão extraordinária aos 19 de março de 1878. Eu, Evaristo José Cardenas, secretário da Câmara Municipal que o escrevi e assino.<sup>363</sup>

As normas contidas no edital possuem caráter repressivo, sugerindo o uso da força policial se necessário. Denotam ainda intervenção direta na vida do indivíduo, com o controle de aspectos particulares como habitação e alimentação. Não obstante, o edital em conjunto com as posturas municipais e o regulamento da vacinação antivariólica de 1863 configuram as primeiras normas adotadas no Paraná a tratarem especificamente de problemas relativos à saúde. O edital revela como médicos e autoridades lidavam e conviviam com doenças como a febre amarela na segunda metade do século XIX, quando nem a forma de transmissão, muito menos os mecanismos de controle eram conhecidos. O edital confirma também a hipótese levantada no capítulo anterior entre a atuação conjunta de médicos e legisladores municipais na elaboração de medidas profiláticas para a prevenção de surtos epidêmicos. Não foi possível saber a reação da população diante dessas normas declaradas. Não sabemos, por exemplo, se ela ficou alarmada, revoltada ou aplaudiu a ação municipal, muito embora alguns jornais da época expressassem em seus editoriais opiniões afinadas com os preceitos promulgados pelo edital:

Aliados da peste: Por toda parte água estagnada, lodo, lama, matérias putrefatas, casas sujas, pouco arejadas, quintais imundos [...] pouca cal nas paredes, lixo

<sup>363</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 539, Arquivo IIJP vol.6, ofícios. Edital publicado pela Câmara Municipal de Paranaguá no dia 19 de março de 1878 contendo medidas profiláticas e preventivas contra surtos epidêmicos. Curitiba, 1878.

amontoado nas casas, nada de fumigações, muita negligencia e muita irregularidade. Eis os aliados da peste. É toda esta frandulagem que nos dá direito a visita próxima dos filhinhos e netinhos bastardos da verdadeira amarela que nos amarela de susto e esta fazendo emigrar os habitantes de Antonina.<sup>364</sup>

A comissão sanitária concordou e resolveu colocar em prática as medidas estipuladas pela Câmara em 19 de março. Com gratificação de 200 mil réis mensais, os médicos Leocádio Correia e Aristides Guedes Cabral ficaram incumbidos de tratar os enfermos indigentes. Foi estabelecida uma enfermaria próxima à cidade só para o atendimento dos pobres. Dois guardas foram nomeados para fazer cumprir as normas do edital. Cabia a eles: vigiar as casas dos afetados pela febre amarela; informar à comissão quais enfermos necessitavam de dieta gratuita e lançar ao mar todas as frutas verdes que encontrassem à venda ou armazenadas em canoas, lojas e mercados. A cidade foi dividida em dois distritos, cada um sob a responsabilidade de um médico. Para a enfermaria foram contratados um enfermeiro e um cozinheiro incumbidos de preparar as dietas prescritas aos doentes. De acordo com o relatório da comissão, foram recolhidos à enfermaria 65 indigentes, dos quais 44 recuperaram a saúde, 19 faleceram e 2 foram transferidos para a Santa Casa. Uma das dificuldades enfrentadas pela comissão foi contratar coveiros. Foi preciso recorrer à força policial para obrigar as pessoas a fazer esse serviço.<sup>365</sup>

A admissão de escravos na enfermaria provisória gerou tensões entre as autoridades políticas de Paranaguá. De acordo com o juiz de direito, Cesário José Chavantes, lá só deveriam ser tratados os indigentes. O presidente da Câmara Municipal, major Manoel Ricardo Carneiro, negou ter sido o autor de uma proposta apresentada à comissão sanitária onde escravos pudessem ser admitidos na enfermaria com as despesas do tratamento pagas pelos respectivos proprietários. No entanto, o próprio major mandou internar, naquele local, um escravo pertencente ao barão de Nacar. Para Chavantes, a tentativa de misturar ambos os grupos teria suscitado o desentendimento entre ele, o delegado de polícia e o major Carneiro. Os dois últimos acabaram pedindo afastamento da comissão sanitária.<sup>366</sup> Não havia razões científicas para o receio do juiz. Do ponto de vista médico era prejudicial somente a internação de indivíduos sadios com pessoas doentes. Chavantes certamente temia o tratamento de cativos à custa do erário público. Antes de 1888 cativos recorriam a terapeutas

<sup>364</sup> *Dezenove de dezembro*. Curitiba, quarta-feira, 27 de março de 1878. Ano XXV n.1893.

<sup>365</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Ata da primeira sessão da comissão sanitária da cidade de Paranaguá realizada no dia dois de abril de 1878. Curitiba, 1878.

<sup>366</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Telegrama enviado no dia 16 de abril de 1878 ao governo na província do Paraná pela Câmara Municipal de Paranaguá. Curitiba, 1878. ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Telegrama enviado no dia 16 de abril de 1878 ao governo na província do Paraná pelo juiz de direito Cesário José Chavantes. Curitiba, 1878.

populares ou tinham as despesas com seu tratamento de saúde pagas pelos seus senhores. Não havia uma presença maciça do Estado na resolução desses problemas, o que afetava principalmente os grupos sociais pertencentes aos níveis inferiores da sociedade. Esta realidade perdurou mesmo após o desmonte do sistema escravocrata, quando muitos libertos continuaram a recorrer aos métodos heterodoxos de cura.

Também surgiram atritos entre o delegado de polícia e o inspetor de saúde referente a uma imigrante russa. O delegado, Agostinho Antonio Pereira Alves, o inspetor de Saúde e o médico da Companhia de Menores Aprendizes visitaram a enferma russa para confirmar o diagnóstico de febre amarela. Segundo Pereira Alves, o inspetor de saúde era irresoluto e tratava com desleixo os negócios públicos. O delegado considerou absurda a proposta do inspetor de criar uma enfermaria provisória e um lazareto específico para imigrantes russos. As fontes não revelam o local e nem o motivo para a criação desses espaços. O delegado denunciou também o envio de cadáveres ao cemitério sem os cuidados básicos exigidos pela higiene. Em sua visão, a população teria motivos de sobra para entrar em pânico, ainda mais quando grande número de russos, conforme sua concepção, miseráveis, imundos e ociosos, vagava pelas ruas da cidade e o inspetor, que não acatava seus conselhos, se recusava a por em prática as ações recomendadas pela ciência. A obsessão de Pereira Alves em imputar aos russos a culpa pelo flagelo reaviva um padrão de comportamento típico das epidemias que varreram a Europa entre os séculos XIV e XV, quando estrangeiros, mendigos e leprosos foram acusados de disseminar a peste. Não houve confronto aberto nos periódicos leigos, no entanto, o falecimento da enferma russa repercutiu em um periódico denominado “Cruzeiro”, onde uma nota foi publicada criticando o governo da província pelo incidente. Pereira Alves enviou um telegrama à redação do jornal desmentindo a afirmação segundo a qual a febre amarela tivesse sido a causa da morte. O delegado ressaltou ainda não existir nenhum caso da doença em Paranaguá, cujo estado sanitário era excelente.<sup>367</sup> O afínco com o qual Pereira Alves defendeu o estado sanitário da província paranaense é mais um exemplo da recorrência ao mito da salubridade para justificar o clima temperado da região, favorável à adaptação dos europeus. A par disso, sua obstinação está relacionada com uma questão mais ampla, isto é, a

<sup>367</sup> Não foi possível determinar a procedência do periódico “Cruzeiro”. Trata-se de um fragmento do respectivo periódico onde é possível identificar referências apenas em relação ao nome do mesmo. O documento encontra-se arquivado de forma avulsa no Arquivo Público do Estado do Paraná. ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Relatório enviado ao governo da província do Paraná pelo delegado de polícia da cidade de Paranaguá Augustinho Antonio Pereira Alves. Curitiba, 1879. ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Carta enviada no dia 22 de março de 1879 ao governo da província do Paraná pelo delegado de polícia da cidade de Paranaguá Augustinho Antonio Pereira Alves. Curitiba, 1879. ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Telegrama enviado no dia 22 de março de 1879 à redação do jornal “Cruzeiro” pelo delegado de polícia da cidade de Paranaguá Augustinho Antonio Pereira Alves. Curitiba, 1879.



disputa de mão-de-obra europeia entre Brasil e Argentina. Neste caso, porém, a fonte revela outra faceta do processo migratório, onde estrangeiros recém-chegados ao Paraná, nem sempre oriundos dos países da Europa Ocidental, como no caso dos russos destacados pela documentação, não conseguiam obter terras ou trabalho e tornavam-se um problema social. A repercussão de casos de moléstias pestilenciais como a febre amarela em periódicos da Corte (como provavelmente era o caso do “Cruzeiro”) suscitava outra ordem de problemas, colocando em risco não apenas a capacidade da província em resolver seus problemas de saúde como a própria competência do delegado, responsável, junto com outros profissionais, por esses serviços. Outro fator importante constituía o imenso pavor de a imprensa despertar uma reação descontrolada por parte da população, desestruturando assim o cotidiano da cidade. Segundo Leocádio Correia, José Pereira Rego afirmava que os serviços de saúde realizados em conjunto com a polícia não geravam conflitos durante os períodos normais. Porém, durante as quadras epidêmicas, essa união poderia afetar o bom desempenho dos serviços sanitários. Era tarefa dos médicos durante esses momentos de crise, conforme o Barão do Lavradio, efetuar o maior número possível de visitas, fiscalizar as desinfecções e demais trabalhos que lhes eram imputados pelo regulamento sanitário.<sup>368</sup> A realização desses serviços dependia da atuação conjunta entre órgãos e autoridades públicas distintas. Em momentos de crise, as pressões e demandas por respostas urgentes advindas da população e do alto escalão do poder público, tornavam as relações entre esses órgãos e autoridades demasiadamente tensas, dificultando o desenvolvimento das políticas de saúde pública.

As quarentenas também foram motivo de discórdias, dessa vez entre as cidades de Antonina e Paranaguá. No dia 7 de fevereiro de 1878, o então presidente da Província, Octávio de Oliveira Menezes, ordenou ao inspetor de saúde do porto de Paranaguá o envio para observação no lazareto da Ilha das Cobras de um navio com amarementos a bordo, oriundo de Antonina, embora as demais embarcações procedentes do mesmo porto tivessem obtido a livre prática. Uma carta enviada de Antonina para Leocádio Correia expôs a parcialidade com a qual estavam sendo aplicadas as quarentenas: “Dando-se livre entrada aos vapores, colonos, passageiros, etc. torna-se muito odiosa a medida tomada contra os navios estrangeiros”.<sup>369</sup> O autor da carta rogava pela aplicação indistinta da medida: “Desde que se

<sup>368</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 459, Arquivo IJIP vol.4, ofícios. Relatório da inspetoria de saúde do porto do Paraná apresentado a V. Exa o Senhor presidente da Província dr. Frederico José Cardoso de Araújo Abranches pelo inspetor de saúde dr. Leocádio José Correia. Curitiba, 1875.

<sup>369</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 539, Arquivo IJIP vol.6, ofícios. Breve exposição do serviço sanitário do porto de Paranaguá durante o mês de fevereiro de 1878 apresentada a V. Exa. o senhor presidente da Província dr. Rodrigo Octávio de Oliveira Menezes pelo inspetor de saúde dr. Leocádio José Correia. Curitiba, 1878.

dá livre prática aos vapores, por que não se manda os navios continuarem a receber suas cargas, deixando os doentes no lazareto?” A carta ainda descreve o falecimento de um trabalhador vítima da febre amarela e outro, cujo estado de saúde era grave. Os trabalhadores tinham pernoitado em um armazém carregado de mercadorias.<sup>370</sup> As medidas de quarentena eram polêmicas em virtude da incapacidade de evitar a eclosão de surtos epidêmicos e dos embarços causados às atividades comerciais. Basta imaginarmos a angústia de um capitão cuja embarcação estivesse carregada com produtos perecíveis para compreendermos suas queixas em relação às observações sanitárias praticadas pela Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá.

As quarentenas não traziam embarços somente aos comerciantes navais, mas também aos médicos responsáveis por sua aplicação. Em 1879 Leocádio Correia foi novamente alvo das queixas de pessoas submetidas a tal prática. A ojeriza foi tanta que um cartaz criticando as ações tomadas pelo inspetor foi fixado na parede do lazareto. Um indivíduo chamado Adriano alegou maus-tratos, por parte de Correia, aos passageiros do navio no qual estava embarcado durante todo o período de quarentena. O médico se defendeu afirmando apenas ter cumprido ordens ao aplicar os rigores do regulamento da saúde aos tripulantes, cujo contato foi mantido somente durante o período de observação.<sup>371</sup> Tripulantes, passageiros, médicos, delegado de polícia e capitão do porto, pressionavam, exigiam respostas imediatas e criticavam as decisões de Leocádio Correia. Coagido, o inspetor titubeava no exercício de suas funções. As dificuldades tornavam-se ainda maiores em virtude dos enigmas impostos pela febre amarela. Não havia consenso em relação à sua etiologia e quadro sintomatológico, obstando a afirmação de diagnósticos precisos e, por conseguinte, a realização de medidas profiláticas e preventivas eficazes.

As quarentenas não foram capazes de impedir a manifestação do mal amarelado em Antonina. Conforme o juiz municipal daquele distrito, a epidemia alcançou seu ápice nos últimos dias de março de 1878. Dois médicos e um assistente se revezavam no atendimento da população. Um deles e o assistente contraíram a doença. O juiz solicitou ao governo da província o envio imediato de médicos para socorrer os habitantes, pois o único que restara, dr. José Franco Grillo, estava, segundo ele mesmo, realizando uma jornada diária de trabalho excruciante, estendendo-se das quatro da manhã até às onze da noite.<sup>372</sup> Em 13 de março,

---

<sup>370</sup> Idem.

<sup>371</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 576, Arquivo IJIP vol.17, ofícios. Telegrama enviado no dia 24 de março de 1879 ao governo da província do Paraná pelo inspetor de Saúde Leocádio José Correia. Curitiba, 1879.

<sup>372</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 10 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo médico José Franco Grillo. Curitiba, 1878.

Grillo enviou um telegrama ao presidente da Província pedindo a nomeação urgente de nova comissão sanitária, pois o presidente da Câmara Municipal havia se debandado para Curitiba com medo do contágio, outorgando os poderes de presidente da comissão ao juiz de direito da Comarca. O delegado de polícia foi demitido, seu substituto também se retirou da cidade, deixando a vara para o terceiro suplente.<sup>373</sup> Nova comissão foi formada e em 27 de março, dezenove novos casos de febre amarela e três óbitos decorrentes da doença foram registrados e a botica local não tinha mais recursos para atender a demanda de enfermos.<sup>374</sup> As aulas foram suspensas. Ciente da ineficácia dos recursos médicos disponíveis, o inspetor geral da instrução pública sugeriu aumento do prazo de suspensão das aulas de oito para trinta dias.<sup>375</sup> A epidemia também reduziu o destacamento policial da cidade, obrigando a Comarca de Paranaguá a enviar praças para reestruturar aquela repartição e garantir a ordem na região. Antonina dispunha de cinco praças, enquanto Paranaguá contava com quatorze e Morretes nove. A capital, apesar do reduzido número de praças, tinha à sua disposição um esquadrão de cavalaria.<sup>376</sup> A Câmara Municipal de Antonina precisou ainda contratar serviços particulares de limpeza urbana ao custo de 1: 600.000 contos de réis. O contrato estabelecido com Theophilo Soares Gomes previa a eliminação dos mangues em torno à cidade, escoamento das águas estagnadas, limpeza e tapamento das valas situadas em locais públicos e remoção dos dejetos defronte à praia.<sup>377</sup> O jornal *Dezenove de Dezembro* publicou em 23 de março a mensagem do delegado de polícia segundo a qual a febre amarela ainda atacava oito a dez pessoas diariamente em Antonina. Em Paranaguá, a situação já estava normalizada, ocorrendo

---

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 30 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo juiz municipal em exercício da cidade de Antonina. Curitiba, 1878. ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 30 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo presidente da comissão sanitária de saúde da cidade de Antonina. Curitiba, 1878.

<sup>373</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 13 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo médico José Franco Grillo. Curitiba, 1878.

<sup>374</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 28 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo presidente da comissão sanitária de saúde da cidade de Antonina. Curitiba, 1878.

<sup>375</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 539, Arquivo IJIP vol.6, ofícios. Correspondência enviada ao governo da província do Paraná no dia 12 de março de 1878 pela Inspetoria Geral da Instrução Pública. Curitiba, 1878. ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 539, Arquivo IJIP vol.6, ofícios. Telegrama enviado no dia 11 de março de 1878 ao diretor da instrução pelo inspetor paroquial de Antonina. Curitiba, 1878.

<sup>376</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Relatório enviado ao governo da província do Paraná em 16 de março de 1878 pela Secretaria de Polícia da Província do Paraná. Curitiba, 1878.

<sup>377</sup> ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 541, Arquivo IJIP vol.8, ofícios. Ofício enviado ao governo da província do Paraná em 4 de março de 1878 pela Câmara Municipal de Antonina. Curitiba, 1878.

apenas alguns casos de febres intermitentes.<sup>378</sup> Em relatório, o governo da província declarou encerrada a epidemia no dia 5 de abril.

Na próxima seção examinarei o principal surto de varíola ocorrido em Paranaguá durante os anos 1862-1863, buscando enfatizar os problemas com a linfa vacínica, a resistência popular ao profilático, as demais estratégias de prevenção colocadas em prática pelo poder público e as controvérsias em torno dessas medidas e do diagnóstico da doença suscitadas pelos médicos que atuaram na região àquele tempo.

*Varíola: a vacina e a resistência popular.*

Conforme o manual de medicina popular de Chernoviz, a varíola – doença contagiosa também conhecida por bexigas- caracteriza-se por “erupção geral de borbulhas pelo corpo, que se convertem em grandes pústulas redondas e purulentas; acabam pela dessecação e deixam nódoas vermelhas, às quais sucedem cicatrizes mais ou menos aparentes”.<sup>379</sup> Existiam duas espécies de bexigas: a benigna e a grave. Na benigna as pústulas emergiam em grande número, mas isoladas uma das outras. Na grave, as pústulas também se desenvolviam copiosamente, porém contiguamente. Os sintomas mais comuns constituíam calafrios, náuseas e cefaleia. As erupções despontavam na face por volta do quarto dia. Pálpebras, pés e mãos inchavam. As pústulas adquiriam aspecto purulento entre o sétimo e oitavo dia de moléstia. No décimo primeiro dia o rosto desinchava, os botões secavam e rompiam-se. As crostas caíam em torno do décimo quinto dia e nódoas vermelhas formavam-se no lugar das pústulas e, à medida que desapareciam, deixavam pequenas cicatrizes. Nas bexigas graves, as cicatrizes chegavam a desfigurar o corpo. Os ataques benignos não apresentavam sintomas como delírio e disenteria, terminando de maneira favorável em 15 a 20 dias. Os casos graves, por sua vez, duravam mais tempo e podiam levar a óbito logo nos primeiros períodos, ou ainda causar graves sequelas como cegueira, surdez e deformidades.<sup>380</sup>

A varíola constituiu uma das principais causas da alta mortalidade infantil em muitas cidades europeias no início do século XVIII. A forma de prevenção mais difundida era a inoculação do pus variólico ou variolização, prática conhecida há muitos séculos no Oriente e originada, provavelmente, da ideia presente nas tradições médicas populares africanas e

<sup>378</sup> *Dezenove de dezembro*. Curitiba, sábado, 23 de março de 1878. Ano XXV n.1894.

<sup>379</sup> CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular e das ciências acessórias para uso das famílias contendo a descrição das causas, sintomas e tratamento das moléstias; as receitas para cada moléstia; as plantas medicinais e alimentícias; as águas minerais do Brasil, de Portugal e de outros países. E muitos conhecimentos úteis*. 6.ed. v.I. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890, p.325.

<sup>380</sup> *Ibidem*. pp.326-327.

asiáticas segundo a qual a imunidade a determinadas doenças poderia ser adquirida mediante a indução atenuada da própria moléstia. A variolização consistia na retirada de fluído ou linfa de pústulas oriundas de casos benignos para a inoculação de indivíduos sadios por meio de escarificações ou cortes feitos na pele. O objetivo era provocar uma manifestação benévola da doença capaz de conferir imunidade a futuros casos. A generalização da inoculação na Europa ocorreu somente a partir de 1750 (na América o método seria amplamente difundido e aceito somente no final do século XVIII) em meio a inúmeras controvérsias, pois muitos indivíduos inoculados sofriam graves ataques, chegando inclusive a óbito.<sup>381</sup>

A vacina antivariólica desenvolvida em fins do século XVIII por Edward Jenner (1749-1823) eliminou os riscos inerentes à inoculação. Mediante a história da vacina, amplamente descrita e analisada pela historiografia, é possível perceber as influências das crenças populares nas pesquisas de Jenner. Em fins do século XVIII camponeses ingleses constataram que indivíduos responsáveis pela ordenha das vacas não contraíam bexigas. Supostamente esta crença provinha do adágio popular (cujas origens se perdem nas brumas do tempo) onde determinados ofícios conferiam imunidade a moléstias específicas. Esse fato despertou a curiosidade do médico britânico que passou a estudar sistematicamente o assunto. Jenner observou a formação de pústulas nas mãos dos camponeses ordenhadores semelhantes àquelas desenvolvidas nos úberes das vacas acometidas pela vacina ou *cowpox*, doença que se manifesta esporadicamente em equinos e gado vacum. Supôs então que o contato com o *cowpox* conferia imunidade contra a varíola. Para comprovar a hipótese realizou experimentações cujas conclusões foram publicadas em 1798.

A produção do imunizante constituía um complexo processo. Somente a primeira pústula a surgir no úbere da vaca continha fluído vacínico com alto grau de eficácia e a retirada do material só poderia ser feita quando ela alcançasse um estágio de amadurecimento específico. O fluído necessitava de rigorosos procedimentos de preservação, pois, excesso de calor e luminosidade danificava o mesmo. Para esse fim eram empregados, entre outros métodos, lancetas, lâminas de vidro, tubos capilares e crostas envoltas em clara de ovo impermeabilizada com verniz ou resina. Como a *cowpox* não acometia os animais com muita frequência, o método de vacinação braço a braço continuou sendo utilizado. Uma semana após inoculadas com vacina animal (*cowpox*) algumas pessoas retornavam aos locais de vacinação para a retirada do fluído vacínico de suas pústulas. O material profilático coletado

---

<sup>381</sup> ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994, pp.142-144.

serviria para a imunização de outras pessoas.<sup>382</sup> De acordo com Trajano Reis, a linfa vacínica deveria ser coletada após o sétimo ou oitavo dia, quando as pústulas ainda não estivessem totalmente desenvolvidas e o pus apresentasse coloração clara. Conforme a experiência do médico baiano radicado no Paraná, os melhores resultados foram obtidos com linfas retiradas de crianças sadias. A vacina animal, obtida mediante inoculação de novilhas não conferia bons resultados como a *cowpox* ou a vacina humana, extraída pelo método braço a braço. Na Europa, em virtude da alta incidência de tuberculose nas vacas, médicos passaram a inocular cabras, obtendo resultados positivos.<sup>383</sup>

Em geral, a historiografia confirma a chegada da vacina jenneriana ao Brasil em 1804, mediante iniciativa de Felisberto Caldeira Brant, futuro marquês de Barbacena. Brant enviara a Lisboa sete crianças cativas e um médico para que lá aprendesse a técnica da vacinação braço a braço e a difundisse aqui no Brasil. Incentivada por D. João VI que mandara vacinar seus filhos, d. Pedro e d. Miguel, a vacina inicialmente teve ampla aceitação na Corte. A Junta da Instituição Vacínica seria criada somente em 1811. Atuavam a essa época no Rio de Janeiro uma equipe de quatro vacinadores sob o comando do dr. Theodoro Ferreira de Aguiar.<sup>384</sup>

Importantes higienistas do século XIX como José Pereira Rego associavam as epidemias de varíola no Brasil ao tráfico negreiro. Quando cessava o tráfico cessavam as epidemias. Os cativos contraíam a doença na África durante períodos de estiagem e fome. A falta de alimentos levava a carências nutricionais predispondo o organismo ao ataque de moléstias como a varíola. A propagação ocorria nos desembarques em portos brasileiros. Essa cadeia de transmissão só seria rompida com a introdução da vacina jenneriana e consequente vacinação dos africanos recém-chegados ao Brasil. A interação entre indivíduos, grupos sociais e espaços explicita os problemas relativos às doenças, inviabilizando quaisquer tentativas de soluções individuais e voluntárias. Ainda de acordo com Chalhoub, entre 1846 e 1850 das 21.857 pessoas vacinadas no Rio de Janeiro, 10.502 eram cativas, isto é, 48,4% do total de inoculados.<sup>385</sup> Conforme o recenseamento de 1849, 41,5% da população do município

---

<sup>382</sup> CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, pp.102-107. DALLEONE, Márcia Teresinha Andreatta. *Condições sanitárias e as epidemias de varíola na Província do Paraná (1853-1889)*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em História do Brasil, UFPR, Curitiba, 1980, pp.255-269.

<sup>383</sup> REIS, Trajano Joaquim dos. *Elementos de higiene social*. 1.ed. Curitiba: Tipografia e Litografia da Companhia Impressora Paranaense, 1894, p.25.

<sup>384</sup> CHALHOUB, Sidney. *op.cit.*, p.108.

<sup>385</sup> *Ibidem*, pp.110-111.

do Rio de Janeiro era escrava, ou seja, 110.602 africanos.<sup>386</sup> Estas estatísticas demonstram o baixo índice de lancetados na Corte. No quinquênio 1818-1822 o número de vacinados por ano para cada mil habitantes foi 21,8. Por sua vez, no quinquênio 1846-1850 esse número caiu para 16,40. Entre os cativos a taxa de vacinação também declinou entre 1820 a 1850. É possível atribuir essa redução à proibição do tráfico em 1831. Impossibilitados de desembarcar nas regiões centrais da cidade onde funcionavam os serviços de vacinação, os traficantes passaram a descurar da saúde dos africanos.<sup>387</sup> Por outro lado, apesar dos problemas inerentes às políticas públicas de vacinação antivariólica no período imperial, elas configuram os primeiros esforços de generalização e coletivização de um serviço de saúde pública.

A explicação para o limitado número de indivíduos imunizados, não apenas na Corte, como nas demais províncias, encontra-se também na repulsa da população em relação à vacina. Várias são as causas desse receio ao método profilático jennერიano. Havia, além de barreiras culturais e religiosas entre os higienistas e a população, controvérsias científicas e problemas de ordem técnica que dificultavam ainda mais a aceitação da vacina. Muitos acreditavam ser ela ineficaz contra a varíola. Alegavam que algumas pessoas contraíam bexigas naturais mesmo vacinadas. O desenvolvimento da varíola em vacinados poderia estar relacionado com a baixa eficácia da vacina humana. As linfas de melhor qualidade procediam da *cowpox*, mais especificamente da primeira pústula surgida na úbere da vaca. Tentativas de obtenção da *cowpox* verdadeira no Brasil datam da década de 1830 com os esforços do dr. Capistrano de renovar a vacina mediante a inoculação de novilhas. Contudo, em função da inexistência de recursos técnicos locais a regeneração da linfa foi impossível até a década de 1880. Para tentar minimizar o problema, o governo imperial importava a linfa já humanizada da Europa, no entanto, inúmeros problemas técnicos dificultavam a importação de tubos vacínicos fazendo com que o pus chegasse ao Rio de Janeiro bastante deteriorado, não resistindo à viagem para as demais províncias. A reprodução da linfa importada também era difícil uma vez que os lancetados se recusavam a retornar para a extração do pus. Além do baixo grau de eficiência da vacina importada e da impossibilidade de produção do imunizante a partir do *cowpox*, alguns médicos temiam ainda a transmissão de doenças do gado para o ser humano. O método de inoculação braço a braço eliminou esse risco, porém, nova preocupação surgiu com a hipótese de contágio da sífilis pela vacinação, ampliando exponencialmente o receio popular. Havia ainda outro problema. A vacina não garantia

<sup>386</sup> SOARES, Luiz Carlos. *O "Povo de Cam" na capital do Brasil: a escravidão urbana no Rio de Janeiro do século XIX*. Rio de Janeiro: Faperj – 7Letras, 2007, p.367-380.

<sup>387</sup> CHALHOUB, Sidney. *op.cit.*, pp.111-113.

imunização permanente. A cada dez anos os indivíduos necessitavam ser revacinados. Na segunda metade do século XIX já existia consenso entre os médicos brasileiros da importância da revacinação. Todavia, questões de ordem técnica e política impediram o Instituto Vacínico de promovê-la. Em relação aos problemas técnicos, alegavam a falta de formação médica dos vacinadores municipais, sobretudo de lugares distantes das capitais. A falta de conhecimento poderia levar os vacinadores a confundir as pústulas falsas, surgidas em indivíduos já imunizados, com as verdadeiras. O material retirado dessas pústulas falsas seria inócuo em futuras inoculações. O obstáculo político para a revacinação dizia respeito justamente à resistência popular contra a vacina.<sup>388</sup>

Para tentar se esquivar da acusação de ineficácia da vacina, os médicos responsáveis pelos serviços de vacinação alegavam que surtos de bexiga eram confundidos com outras doenças como varioloide ou cataporas, conhecidas como “bexigas doudas”. Argumentavam também que no Brasil a variolização e a vacina eram praticadas da mesma forma e simultaneamente, confundindo a população leiga que não sabia que a linfa utilizada na vacina era animal e não humana. O problema, no entanto, é explicar por que a variolização, apesar dos riscos a ela inerentes, continuava sendo amplamente aceita e praticada por curandeiros e curiosos. A resistência, portanto, não estava relacionada com o método de aplicação da vacina. Outros fatores influíam nessa questão. Primeiramente, a própria comunidade médica estava dividida em relação à eficácia da vacina, alguns médicos inclusive buscavam desacreditá-la, argumentando que o método jennერიano transmitia doenças como a sífilis. A vacina encontrou resistência também no interior de grupos sociais pertencentes aos níveis mais elevados da sociedade, como proprietários e governantes. Da mesma forma, os grupos sociais situados nos níveis inferiores não viam na vacina um imunizante, pelo contrário, pensavam que ela produzia bexigas. Esse temor tem vínculo direto com o recrudescimento da repressão contra as práticas populares de cura. Conforme visto no primeiro capítulo, as posturas municipais da cidade do Rio de Janeiro publicadas em 1830 excluíram a profissão de curandeiro e em 1832 as faculdades de medicina deixaram de conceder o título de sangrador. Os praticantes desses ofícios e as pessoas que a eles recorriam partilhavam de um mesmo universo cultural e a perseguição a esses terapeutas ajudou a constituir uma tradição popular de resistência à medicina oficial. Segundo, a aceitação da variolização pela população e sua prática por curandeiros e sangradores também deve ser interpretada como decorrentes das concepções afro-brasileiras de cura e doença. Grupos afrodescendentes acreditavam que as moléstias eram causadas por feitiços, nesse aspecto a vacina seria uma estratégia dos brancos

---

<sup>388</sup> Ibidem, pp.116-128.



para eliminar as “raças inferiores”. Por outro lado, nas diferentes tradições desses povos, e elas eram muitas, como por exemplo, bantu, ioruba, bakongo, daomé, o santo que infligia a doença também era o santo que curava e as epidemias seriam a purificação da comunidade. Qualquer interferência no curso natural da moléstia causaria danos ainda maiores. Isso explica a resistência contra a vacina, mas torna ainda mais complexa a recorrência à variolização. Entretanto, com base nas pesquisas do sociólogo Roger Bastide, Chalhoub supõe que os devotos do orixá responsável pela varíola recebiam proteção mediante inoculação ritual de material varioloso, conferindo um sentido lógico ao culto desses santos e, portanto, à variolização.<sup>389</sup>

Após descrever os aspectos sintomatológicos da varíola, suas formas de prevenção, desenvolvimento da vacina antivariólica e analisar a introdução da vacina no Brasil e a resistência popular a ela durante o século XIX o objetivo da próxima seção é examinar o surto da doença ocorrido no litoral paranaense durante os anos 1862-1863, mediante o qual será possível compreender problemas relativos à distribuição da linfa vacínica no império, as objeções médicas em torno da vacina e do diagnóstico e, sobretudo, constatar como no Paraná a tentativa de generalizar o imunizante também foi dificultada, entre outros fatores, pela resistência popular.

#### *O surto de varíola de 1862-1863 no litoral do Paraná.*

O médico Alexandre Bousquet em relatório enviado ao governo da província do Paraná observou que o surto de varíola ocorrido na cidade de Paranaguá entre os anos 1862-1863 vitimou em sua maioria indivíduos pertencentes aos níveis sociais mais baixos da sociedade. Conforme o relatório, essas pessoas apresentavam maior suscetibilidade às bexigas em função das “infecções físicas constitucionais” e de moléstias como a boubá. Entretanto, ele não especifica quantas dessas pessoas eram ou não afrodescendentes. A principal forma de propagação da moléstia, segundo Bousquet, foi a lavagem de roupas em fontes onde inexistia critério de separação entre peças utilizadas por pessoas doentes e sadias. Conforme suas estatísticas, aproximadamente 400 pessoas teriam sido afetadas pela varíola entre 1862 e 1863. Somente em sua clínica foram diagnosticados 133 casos nesse período.<sup>390</sup> Entre março a

---

<sup>389</sup> Ibidem, pp.128-151.

<sup>390</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 430 CAIXA 373. Alexandre Bousquet. Relatório enviado ao Primeiro Vice-Presidente da Província do Paraná, Sebastião Gonçalves da Silva em 27 de julho de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

maio de 1863 foram acometidas 85 pessoas, das quais 13 foram a óbito.<sup>391</sup> Esse número pode ter sido ainda maior em razão da atuação de curandeiros, inviabilizando a formação de quadro estatístico mais preciso. De qualquer forma impressiona o número de indivíduos tratados em sua clínica, onde provavelmente ele ministrava a vacina como principal recurso profilático. Caso o médico tivesse especificado se entre seus pacientes havia afrodescendentes, seria possível estabelecer uma comparação mais rigorosa com a experiência vivenciada no Rio de Janeiro, onde a varíola atacava em sua maioria os negros.

Atuaram ao lado de Alexandre Bousquet durante a quadra epidêmica de 1862-1863 o médico Ricardo Augusto da Silva Rego e o chefe de polícia de Paranaguá. A Câmara Municipal estabeleceu um hospital provisório e uma casa particular – cedida pelo próprio presidente da Câmara – para o tratamento de indigentes. De acordo com o relatório do governo da província do Paraná, foram acometidas pela varíola 695 pessoas, das quais 85 faleceram, número muito superior àquele informado por Bousquet que, como responsável pelos serviços de vacinação em Paranaguá, procurou propagar a vacina jennneriana, muito embora os resultados não fossem positivos em função da baixa qualidade da linfa e do não retorno das pessoas inoculadas para a retirada de novos fluídos.<sup>392</sup> As poucas pessoas que receberam linfa de boa qualidade foram poupadas do contágio, entre elas a própria filha do médico. É provável que os responsáveis pelos serviços de vacinação reservassem as melhores linfas para seus familiares, isto, é claro, se fosse possível distinguir visualmente o material deteriorado daquele conservado. A despeito disso, Bousquet reclamou do desleixo em relação à vacinação e do pouco cuidado na escolha da pústula vacínica para extração do fluído. Isso fazia com que muitas pessoas “imunizadas” contraíssem a doença contribuindo para o descrédito da vacina.<sup>393</sup> Nomeado comissário vacinador provincial em 1854, José Cândido da Silva Murici esforçou-se em compreender a limitada aceitação da vacina. Entre os principais motivos apontados por ele estavam a inexistência de um regulamento capaz de instruir os vacinadores e esclarecer a população; a descrença dos habitantes no preservativo vacínico em função dos vários motivos vistos anteriormente; a extraordinária extensão territorial do país e

<sup>391</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 430 CAIXA 373. Câmara Municipal de Paranaguá. Caetano de Sousa Pinto, presidente da Câmara Municipal de Paranaguá. Quadro demonstrativo das pessoas afetadas do mal das bexigas na cidade de Paranaguá durante a quadra de 10 de março até 10 de maio de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

<sup>392</sup> PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Paraná pelo primeiro vice-presidente, Sebastião Gonçalves da Silva, na abertura da primeira sessão da sexta legislatura em 21 de fevereiro de 1864*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1864, p.14. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 15 de janeiro de 2016.

<sup>393</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 430 CAIXA 373. Alexandre Bousquet. Relatório enviado ao Primeiro Vice-Presidente da Província do Paraná, Sebastião Gonçalves da Silva em 27 de julho de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

em menor medida da província paranaense, somadas à deficitária estrutura viária nacional; a falta de fiscalização dos preceitos legislativos determinados pelas posturas municipais; a falta de remuneração aos comissários vacinadores e por último, mas não menos importante, os inúmeros problemas técnicos e operacionais relativos à importação do pus vacínico. Murici enfatizou as dificuldades de solicitação do fluído junto ao Instituto Vacínico da Corte. O material -importado de Londres- já chegava ao Rio de Janeiro em condições precárias e dificilmente resistia à viagem em direção às demais províncias.<sup>394</sup>

A falta de pus vacínico foi a principal causa da controvérsia entre o Ministério do Império e os médicos Alexandre Bousquet e Olegário Cesar Cabussú a respeito da origem do surto variólico de 1863 em Paranaguá. Bousquet chegou à cidade quinze dias após a manifestação dos primeiros casos e logo passou a coletar informações junto à população. No dia primeiro de março atracara no porto um iate procedente de Laguna (SC) carregado com farinha de mandioca e milho. A bordo do iate, fechados no porão, estavam dois indivíduos acometidos pela varíola. As cinco pessoas incumbidas de descarregar o iate foram contaminadas, uma delas veio a falecer pouco tempo depois. Pressionado pela população para administrar o imunizante (o que destoava da típica resistência à vacina), o vacinador municipal precisou recorrer ao pus variólico em virtude do estado de deterioração do pus vacínico existente na cidade.<sup>395</sup> Após a inoculação de algumas crianças o médico argumentou que os sinais apresentados por elas foram decorrentes da variolização, distintos daqueles típicos sintomas atenuados da vacinação.<sup>396</sup> Confuso e forçado a acalmar os ânimos do povo, Bousquet mudou seu diagnóstico e afirmou tratar-se de febre eruptiva variólica, isto é, bexigas naturais. Os pais das crianças discordavam do esculápio e acreditavam que a causa fora a inoculação do pus variólico. O próprio Bousquet confirma que antes de sua chegada à cidade existiam dez casos da moléstia e após a inoculação variólica surgiram 25 novos casos.<sup>397</sup> Vimos que no Rio de Janeiro a variolização continuou a ser praticada entre grupos afrodescendentes em razão de suas crenças religiosas. No Paraná, apesar de não ser possível verificar a origem étnica dos pais das crianças inoculadas com pus variólico, a discordância por parte deles corrobora as tentativas da medicina oficial e do próprio Bousquet de

<sup>394</sup> PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa da Província do Paraná pelo primeiro vice-presidente, Sebastião Gonçalves da Silva, na abertura da primeira sessão da sexta legislatura em 21 de fevereiro de 1864*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1864, pp.15-18. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 15 de janeiro de 2016.

<sup>395</sup> O pus vacínico, procedente da *cowpox*, era humanizado mediante o método de inoculação braço a braço. Por sua vez, o pus variólico era extraído de pústulas oriundas de bexigas naturais.

<sup>396</sup> Importante ressaltar que a variolização era realizada com pus variólico e a vacinação com pus vacínico, isto é, mediante o método jenneriano.

<sup>397</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 430 CAIXA 373. Alexandre Bousquet. Relatório enviado ao médico Olegário Cesar Cabussú em 6 de abril de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

desacreditar a variolização, prática realizada por sangradores e curandeiros em pessoas que menosprezavam a vacina em razão, entre outros fatores, da crença de que ela produzia e agravava as bexigas. Se os relatos de Bousquet estiverem corretos eles ainda contradizem a concepção geral dos médicos responsáveis pelos serviços de vacinação segundo a qual a população leiga não sabia distinguir a linfa animal da humana.

Olegário Cesar Cabussú, primeiro cirurgião do Corpo de Saúde, criticou os serviços sanitários prestados durante a quadra epidêmica em Paranaguá. Em sua visão o médico e secretário encarregados da visita do porto não realizaram um exame minucioso do iate, sequer verificaram se o mesmo trazia carta limpa. Os indivíduos responsáveis pela descarga do iate buscaram tratamento em terra, onde doentes e sãos conviviam em total promiscuidade nos diferentes espaços de cura. A embarcação não foi posta em quarentena permitindo-se a livre comunicação entre os doentes do barco e a população. A doença inicialmente manifestou-se de maneira discreta, levantando suspeitas em relação ao diagnóstico de bexigas. Contudo, para Cabussú a existência de erupções na pele bastava para a confirmação da moléstia. Em sua perspectiva as principais causas do surto foram a falta de visita médica rigorosa e a incapacidade de Bousquet e do vacinador municipal em diagnosticar a bexiga logo nos primeiros casos. Confirmada a doença em seus primórdios, ações básicas para proteger a população de um surto epidêmico seriam facilmente postas em prática, segundo Cabussú. Tais ações consistiam na vacinação e separação dos doentes, evitando assim o contágio. Porém, nas palavras de Alexandre Bousquet citadas pelo próprio Cabussú:

O pus vacínico do comissariado desta cidade era inativo, como quase sempre acontece: o nosso vacinador, instado pela população para subministrar-lhe um preservativo contra a propagação possível das bexigas, de que já tinha havido alguns casos, teve a infeliz lembrança de substituir o pus variólico de um de seus doentes, ao pus vacínico que faltava e o inoculou em várias crianças nos domingos 8 e 15 de março. No dia 16 encontrei 15 crianças com febre, delírios, vômitos, cefalalgia, sintomas que atribuí logo aos efeitos da *vacinação*.<sup>398</sup>

Cabussú afirmava que a inoculação variólica só podia ser realizada com certa experiência. Havia um período propício para a extração do pus, cuja técnica incisiva impedia a saída de grande quantidade de sangue, caso contrário o material seria contaminado e consequentemente descartado. O médico ignorava os riscos inerentes à variolização - descritos anteriormente - alegando inclusive que o pus variólico, sendo de boa qualidade e inoculado de maneira correta, poderia substituir a vacina. Na contramão de seus pares que

<sup>398</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 430 CAIXA 373. Olegário Cesar Cabussú. Relatório enviado pelo doutor Olegário Cesar Cabussú ao presidente da província do Paraná, Antonio Barboza Gomes Nogueira em 23 de abril de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

procuravam eliminar a variolização, Cabússu talvez sugerisse esse método profilático por uma questão pragmática diante da falta de material e recursos. Inexistia até então no Brasil a *cowpox* e a linfa animal e humanizada geralmente chegavam deterioradas ao Paraná. Em sua opinião o vacinador municipal agia com má vontade, sem dúvida em razão da falta de gratificação pelos serviços realizados. Muitas pessoas afirmaram que os vacinados retornavam a seus lares com as vestes ensanguentadas, indicando que a inoculação fora realizada equivocadamente, dificultando ainda mais o combate ao surto.<sup>399</sup> Pedro de Araújo Lima, o Marquês de Olinda, então Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império, enfatizou em seu relatório de junho de 1863 a respeito do surto variólico de Paranaguá a diferença entre a varíola espontânea ou natural e a vacina humanizada oriunda do *cowpox*. Conforme assinala Araújo Lima, na varíola natural havia apenas uma única erupção, às vezes rara, às vezes abundante, que se espalhava indistintamente por todo o corpo. A erupção seria precedida por febre fugaz, surgindo novamente no oitavo dia, quando chegava o período da supuração das pústulas. A varíola inoculada (vacina) seria caracterizada por duas erupções distintas: uma primitiva e local, cuja manifestação ocorria geralmente ao fim do terceiro dia de moléstia e outra, mais geral e tardia, anunciando-se por uma rápida febre. Portanto, na varíola natural ocorriam duas febres (primitiva e secundária) com apenas uma erupção. Por sua vez, a varíola inoculada ou vacina se distinguiria por uma febre e duas erupções. As cicatrizes também forneciam indícios importantes para o diagnóstico, segundo o marquês. A supuração das pústulas de varíola espontânea causavam estrias profundas e indeléveis. A inoculada produzia cicatrizes superficiais, pois as pústulas não chegavam a verter pus. Elas seriam profundas apenas nos locais da incisão, onde se desenvolvia leve supuração.<sup>400</sup>

Araújo Lima mostrou-se preocupado diante dos relatórios de Bosquet e Cabussú. Considerou-os confusos, desordenados e excessivamente concisos, impossibilitando extração de conclusões científicas cabais. Havia muitas omissões, como a data exata de atracação do iate; a data em que os cinco indivíduos entraram na embarcação para fazer a descarga da mercadoria; o dia em que tais indivíduos caíram doentes; se outras pessoas depois deles estiveram a bordo do iate; a dúvida sobre a natureza da moléstia. Isso poderia revelar, segundo o marquês, negligência nos exames; ocultação da verdade ou espírito pouco habilitado em coligir dados indispensáveis para a história de uma epidemia. Com os dados

<sup>399</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 430 CAIXA 373. Olegário Cesar Cabussú. Relatório enviado pelo doutor Olegário Cesar Cabussú ao presidente da província do Paraná, Antonio Barboza Gomes Nogueira em 16 de abril de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

<sup>400</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 430 CAIXA 373. Marquês de Olinda. Relatório enviado ao governo da província do Paraná em 12 de junho de 1863 referente à epidemia de varíola em Paranaguá. Rio de Janeiro, 1863.

apresentados por Bousquet a respeito da inoculação realizada pelo vacinador de Paranaguá, tornar-se-ia impossível tirar a limpo a verdade e determinar a influência que a variolização teve na epidemia de Paranaguá em 1863. Em seu relatório o ministro do Império acusa Bousquet de não detalhar em suas exposições as diferenças entre os sintomas da variolização e da vacina.<sup>401</sup> A mudança de diagnóstico proferida pelo médico de Paranaguá, mencionada anteriormente, reforça a hipótese do ministro a respeito da falta de *expertise* em relação a uma moléstia bastante conhecida àquela época como a varíola.

O vacinador de Paranaguá inoculou duas turmas, uma no dia 8 e outra no dia 15 de abril de 1863. Porém, nem Bousquet, nem Cabussú souberam especificar quantas crianças de cada grupo foram inoculadas. Bousquet, que chegou à cidade no dia 16 do respectivo mês, não informou a qual grupo pertencia os enfermos por ele observados. Conforme assinala Araújo Lima, se esses enfermos foram inoculados no dia 15 os sintomas não se manifestariam no dia seguinte, sendo, portanto, fácil deduzir que já possuíam o germe incubado. Neste caso, o diagnóstico de febre eruptiva variólica, ou bexigas naturais faria sentido:

Como é que o dr. Bousquet, que devia ter visto as pústulas desenvolvidas nos pontos de inserção das veias, desconheceu um só momento que a febre, que ele observava, era a febre de uma erupção secundária? E se não produzira, será forçoso outra vez concluir-se que tais doentes contraíram a varíola pelos meios naturais, e não artificialmente pela inoculação.<sup>402</sup>

Araújo Lima considera plausível a hipótese de que a varíola chegara a Paranaguá a bordo do iate e fora espalhada pelo interior da cidade mediante os cinco trabalhadores responsáveis pela descarga da embarcação. Ele discorda de Cabussú ao não ver como causa da epidemia a negligência do médico encarregado pelas visitas no porto ou a inoculação realizada pelo vacinador municipal. Ao concluir seu relatório o ministro enfatiza a importância de ouvir a versão desses dois profissionais a respeito dos fatos ocorridos. Em nota manuscrita à margem esquerda do documento, lê-se que a discussão técnica não interessava ao governo.<sup>403</sup> Não importava se o pus era vacínico ou variólico, ou ainda, se o diagnóstico ou o método de inoculação eram corretos ou equivocados. Para o governo o problema consistia em saber se a epidemia fora causada pelo descaso do inspetor, acusado de não ter feito inspeção rigorosa no iate.<sup>404</sup> É muito provável que as autoridades estivessem relutantes em

---

<sup>401</sup> Idem.

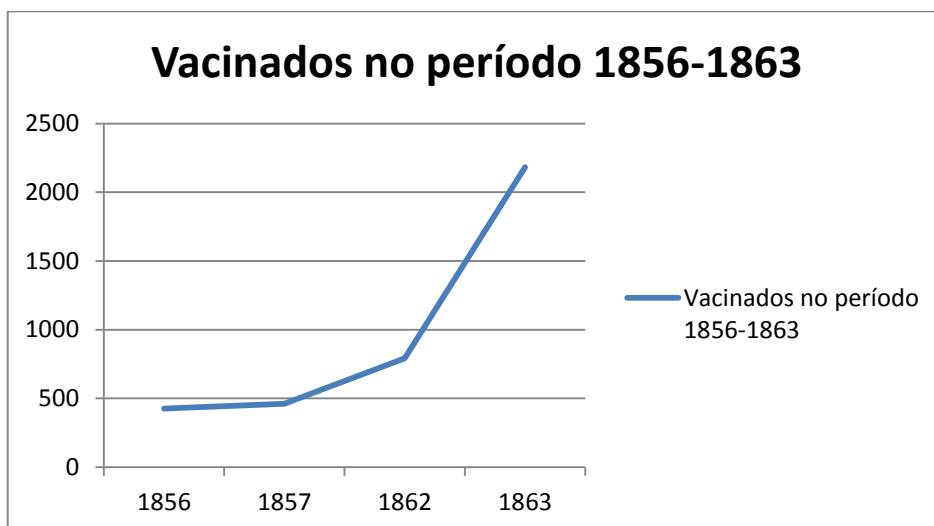
<sup>402</sup> Idem.

<sup>403</sup> A nota data de 14 de junho de 1863 e provavelmente foi feita pela 5ª seção do Ministério do Império.

<sup>404</sup> ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IIJ 9 430 CAIXA 373. Marquês de Olinda. Relatório enviado ao governo da província do Paraná em 12 de junho de 1863 referente à epidemia de varíola em Paranaguá. Rio de Janeiro, 1863.

assumir como uma das principais causas do flagelo epidêmico a variolização praticada pelo vacinador, pois, como sabemos, os serviços de vacinação em todo o país eram precários e a maioria dos comissários vacinadores sequer recebiam alguma gratificação pelos seus serviços.

A despeito dos problemas ligados à vacina, as estatísticas computadas por José Cândido da Silva Murici revelam um aumento de 511% no número de lancetados no Paraná entre o período de 1856 e 1863 conforme o gráfico abaixo:



Fonte: PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Paraná no dia primeiro de março de 1856 pelo vice-presidente em exercício Henrique de Beaurepaire Rohan*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1856, p.20; PARANÁ. *Relatório apresentado ao excelentíssimo senhor doutor Francisco Liberato de Mattos muito digno presidente da Província do Paraná pelo segundo vice-presidente José Antonio Vaz de Carvalhaes sobre o estado da administração da mesma província no ano de 1857*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1858, p.23; PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa da Província do Paraná pelo presidente Antonio Barbosa Gomes Nogueira na abertura da segunda sessão da quinta legislatura em 15 de fevereiro de 1863*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1863, p.23; PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa da Província do Paraná pelo primeiro vice-presidente, Sebastião Gonçalves da Silva, na abertura da primeira sessão da sexta legislatura em 21 de fevereiro de 1864*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1864, pp. 14-15 Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 15 de janeiro de 2016.

As estatísticas revelam ainda um número maior de inoculados entre as pessoas livres, diferentemente dos resultados apontados por Chalhoub para o Rio de Janeiro, muito embora a proporcionalidade de livres e escravos nessas duas populações fosse muito diferente. Assim como no município do Rio de Janeiro, a procura pelo preservativo aumentava em épocas de epidemia. Na província paranaense o mesmo ocorreu no surto de 1863, quando a taxa de inoculados elevou-se exponencialmente. Só em Paranaguá foram vacinadas 234 pessoas. No ano seguinte, isto é, em 1864, esse número caiu para 157.<sup>405</sup> Não obstante, a porcentagem de

<sup>405</sup> PARANÁ. *Relatório do presidente da Província do Paraná o doutor André Augusto de Paula Fleury na abertura da segunda sessão da sétima legislatura em 21 de março de 1865*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1865, p.8. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 15 de janeiro de 2016.

lancetados ainda era reduzida se levarmos em consideração o total da população paranaense que, em 1858, contava com aproximadamente 69.380 indivíduos, dos quais 8.493 eram escravos.<sup>406</sup> Em relação a Paranaguá, disponho apenas de dados referentes a 1854, quando a população do município era de 6.533 pessoas, sendo 1.274 cativas.<sup>407</sup>

Após o surto de 1863, a varíola fez nova incursão pelo Paraná no final da década de 1880, dessa vez na cidade de Curitiba. Nesse contexto, a epidemia não estimulou a criação de regulamentos sanitários, mas serviu como ponta de lança para a renovação da organização de espaços de cura como o novo hospital de isolamento de Curitiba, fundado em setembro de 1890 durante a gestão do governador Américo Lobo Leite Pereira.<sup>408</sup> Em 1900 novo surto da moléstia em Paranaguá contribuiu para a formação de um consenso em torno da necessidade de uma ampla reforma urbana naquela cidade.<sup>409</sup>

O primeiro e o segundo capítulo procuraram demonstrar quais e como foram criadas as estruturas de proteção social mútua a nível nacional e provincial. No terceiro capítulo busquei confrontar esse aparato com a realidade epidemiológica da província do Paraná, analisando as relações estabelecidas entre as autoridades médicas, políticas e policiais e os seus efeitos no desenvolvimento das medidas preventivas e de combate às epidemias. No próximo capítulo o objetivo é examinar como essas relações humanas, sociais e de poder influíram na realização ou não de reformas urbanas na cidade de Paranaguá no final do século XIX e início do XX, quando mudanças profundas ocorreram na sociedade brasileira, sobretudo nas estruturas psíquicas e emotivas dos indivíduos. Essas reformas apontam ainda para um processo de transformação das ações sanitárias que se tornaram mais extensivas a partir da década de 1920.

---

<sup>406</sup> PARANÁ. *Relatório do presidente da Província do Paraná Francisco Liberato de Mattos na abertura da Assembleia Legislativa do Provincial em 7 de janeiro de 1859*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1859, MAPA 5. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 15 de janeiro de 2016.

<sup>407</sup> PARANÁ. *Relatório do presidente da Província do Paraná Zacarias de Góes e Vasconcellos na abertura da Assembleia Legislativa do Provincial em 15 de julho de 1854*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1854, MAPA 14. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 15 de janeiro de 2016.

<sup>408</sup> REIS, Trajano Joaquim dos. *Elementos de higiene social*. 1.ed. Curitiba: Tipografia e Litografia da Companhia Impressora Paranaense, 1894, pp.27-30.

<sup>409</sup> SHEIFER, Bruna. *Paranaguá, cidade portuária: entre a cidade “sonhada e a cidade real”*. Dissertação de mestrado, Marechal Cândido Rondon: Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), 2008, pp.63-64.



#### **Quarto capítulo: *Reformas urbanas na cidade de Paranaguá (1892-1915)***

O objetivo deste capítulo é examinar as reformas urbanas realizadas na cidade de Paranaguá no final do século XIX e início do XX, mediante o cruzamento de fontes primárias com a literatura específica sobre o tema, bem como, estabelecer parâmetros de comparações com outras experiências nacionais ocorridas no mesmo período. A questão que guia minha interpretação diz respeito a como problemas decorrentes da autonomia municipal e das relações sociais, humanas e de poder obstaram ou possibilitaram a realização dos melhoramentos urbanos em Paranaguá. Procuro ainda identificar e examinar os acordos, as negociações e os conflitos gerados pelas reformas. Considero importante ainda problematizar o porquê da realização das reformas em Paranaguá naquela conjuntura específica, isto é, final do século XIX e início do XX e se elas foram estimuladas somente pelos problemas sanitários.

Com o desenvolvimento da ciência médica a relação entre doenças e falta de saneamento ficou cada vez mais evidente. A canalização de água e esgoto, por exemplo, foi gradativamente assumindo importância, tanto quanto o combate a focos específicos de miasmas e mosquitos. Entretanto, o saneamento das cidades exigia um tipo de saber específico. Lewis Mumford assinala que “a higiene exigia espaço, equipamento municipal e recursos naturais que, até então, tinham estado ausentes. Com o tempo, essa demanda obrigou à socialização municipal, como acompanhamento normal da melhoria dos serviços”.<sup>410</sup> Mas, além desses fatores, considero importante ressaltar o papel assumido por médicos e engenheiros nesse processo. A criação de novas tecnologias e medicamentos conferiu prestígio às ciências aplicadas e deu azo à ideologia do progresso e da racionalidade. Daí a concepção segundo a qual as reformas urbanas deveriam ser realizadas por especialistas, isto é, engenheiros e médicos preferencialmente. Outra faceta desse processo foi a ascensão dos especialistas a funções coordenadoras e executivas cada vez mais destacadas no aparato burocrático-administrativo do Estado.

Conforme vimos nos capítulos anteriores, durante o Império as intervenções do poder público na saúde foram emergenciais e bastante restritas territorialmente. A última grande reformulação dos serviços sanitários no regime imperial ocorreu em 1886 com a Reforma Mamoré que dividiu as atividades sanitárias em duas inspetorias gerais: higiene (responsável pela higiene terrestre) e saúde dos portos (responsável pela higiene marítima). O governo

---

<sup>410</sup> MUMFORD, Lewis. *A cidade na História* (vol. II). Trad. Neil R. da Silva. Belo Horizonte: Editora Itatiaia Limitada, 1965, p.605.

provisório da República herdou essa estrutura e buscou, em 1890, ampliar o poder da Inspetoria Geral de Higiene sobre os estados, atribuindo-lhe mais funções. O objetivo era retirar da alçada dos municípios as ações referentes à higiene. Essa tentativa fracassou com a promulgação da Constituição de 1891 na qual ficou estabelecido que as questões relativas à higiene terrestre fossem responsabilidade de estados e municípios. Ao governo federal caberia a manutenção dos serviços sanitários marítimos. De forma mais específica, ao final da década de 1890, o governo federal cuidava da saúde no Distrito Federal, da vigilância sanitária dos portos e prestava assistência aos estados em períodos de crise epidêmica. Com a criação, em 1896, da Diretoria- Geral de Saúde Pública (DGSP), os serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, bem como outras atribuições, passaram para a alçada desse novo órgão federal, vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ao assumir a presidência do país, Rodrigues Alves procurou ampliar a autoridade do governo federal em virtude das epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola que fustigavam a Capital Federal e expunham os limites da estrutura sanitária vigente. Alguns políticos e sanitaristas apontavam a descentralização das ações políticas governamentais como a principal causa da incapacidade do poder público debelar as doenças que tantos prejuízos causavam ao país. Assim, em 1902 tornou-se obrigatória a notificação compulsória de doenças como tifo, cólera, febre amarela, peste bubônica, varíola, difteria, febre tifoide, tuberculose e lepra. O Decreto n. 5.224 de maio de 1904, reorganizou e ampliou os serviços de higiene no Distrito Federal e portos nacionais e o governo federal assumiu todos os serviços de higiene da cidade do Rio de Janeiro. Em outubro desse mesmo ano (1904), a promulgação da Lei n. 1.261 fez eclodir uma rebelião popular na Capital da República, conhecida como Revolta da Vacina.<sup>411</sup>

O movimento sanitário da primeira década do século XX foi marcado pelo saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e o combate às epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola. As políticas públicas de saúde desse período priorizaram a Capital Federal e seu porto em decorrência das péssimas condições sanitárias, responsáveis por inúmeros prejuízos à economia do país. Hochman observa que durante essa conjuntura, a consciência da interdependência sanitária encontrava-se pouco difundida, e restrita aos círculos médicos e higienistas. Muitos destes especialistas propugnavam que a solução definitiva dos problemas sanitários enfrentados pela cidade do Rio de Janeiro dependeria do saneamento de outras

---

<sup>411</sup> HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2012, pp. 92-95. Sobre a Revolta da Vacina consultar: CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987, pp.91-139; CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, Brasil: Companhia das Letras, 1996; SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Editora Scipione, 1993. (Coleção História em aberto).

regiões do país, sobretudo Norte e Nordeste. Para isso, as autonomias locais precisariam ser revistas. Em razão do pacto federalista vigente na Constituição de 1891, a DGSP só podia agir fora dos limites do Distrito Federal em casos excepcionais e mediante autorização.<sup>412</sup> Por outro lado, soa no mínimo contraditório o fato desses indivíduos mencionarem as relações de interdependência em nível regional e se esquecerem das conexões, no plano internacional, estabelecidas pelo porto do Rio de Janeiro. Por mais que acordos sanitários internacionais pudessem representar uma esperança, aqueles firmados pelo Brasil ao longo do século XIX não foram capazes de evitar as epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica que assolaram a Capital Federal no início do século XX.

No Paraná, após a instauração do regime republicano, o Congresso Legislativo do Estado decretou a Lei n.261 de 27 de dezembro de 1897 regularizando os serviços sanitários. Conforme o artigo primeiro, esses serviços passariam a ser municipais e gerais. Coube aos municípios o saneamento do meio local em seus detalhes; a polícia sanitária das habitações particulares e coletivas; a fiscalização dos gêneros alimentícios; a organização e direção dos serviços de assistência pública e vacinação. Os custos desses serviços ficariam a cargo das respectivas municipalidades. Conforme o artigo quinto, em épocas excepcionais o governo do Estado poderia assumir temporariamente os encargos e atribuições de competência dos municípios. Mediante autorização do Congresso o governo estadual poderia ainda realizar grandes obras de saneamento em cidades cujos recursos financeiros fossem insuficientes.

Por sua vez, o serviço sanitário geral ficou sob a dependência da Secretaria do Interior e a cargo de uma repartição central, denominada Diretoria do Serviço Sanitário. A essa diretoria competia o estudo científico referente às questões de saúde pública; a prevenção e combate às moléstias transmissíveis; a organização da estatística demográfico-sanitária do Estado e a fiscalização do exercício profissional da medicina e farmácia. A Diretoria do Serviço Sanitário poderia prestar socorros e auxílios aos municípios desde que requisitada por estes e mediante autorização do governo estadual. O serviço geral de desinfecção, os hospitais de isolamento e a seção de estatística demográfico-sanitária ficaram sob a responsabilidade da Diretoria do Serviço Sanitário.<sup>413</sup>

Assim como em São Paulo, a Lei n.261 não deixou claro quais eram os limites de atuação do governo estadual e dos municípios. Inicialmente o governo paulista promulgou em 1892 uma nova legislação sanitária concentrando a maior parte dos serviços de higiene na esfera estadual. No ano seguinte, em 1893, outra reforma modificou os serviços, ampliando as

<sup>412</sup> HOCHMAN, Gilberto. *op.cit.*, pp.96-97.

<sup>413</sup> PARANÁ. Lei n.261 de 27 de dezembro de 1897. Regulamenta o serviço sanitário do Estado. In: Leis, decretos e regulamentos do Estado do Paraná. Curitiba: Tipografia d' A República, 1898.

competências municipais e criando um código sanitário. A intervenção estadual nos municípios em casos excepcionais foi mantida, inclusive com a possibilidade do Estado subsidiar obras de saneamento em cidades sem recursos financeiros. Todavia, conforme observa Rodolpho Telarolli Junior, até 1895 o governo de São Paulo financiou somente obras de saneamento na capital, Santos e em menor medida em Campinas, núcleos urbanos estratégicos para a economia cafeeira.<sup>414</sup> Por seu turno, Luiz Antonio de Castro Santos afirma que os serviços e campanhas sanitárias em São Paulo estenderam-se sim, por uma grande área, incluindo além da capital, várias cidades do interior. Somente as áreas rurais permaneceram intocadas até o final da década de 1910. O poder público paulista, segundo Castro Santos, era firmemente pró-saneamento e o sucesso das suas ações empreendidas no campo da saúde pública foram decorrentes, entre outros fatores, da coesão intra-oligárquica, da tradição republicana e da sua economia centrada no café.<sup>415</sup>

Vejamos como esse movimento pelo saneamento e pelas reformas urbanas se processou na cidade de Paranaguá nos anos finais do século XIX e nas primeiras décadas do século XX.

#### *Canalização de esgoto e abertura de ruas em Paranaguá na década de 1870.*

A fundação da Vila de Paranaguá data de 1648. O foral foi estabelecido pelo então El-Rei D. João IV e criado pelo sindicante Manoel Pereira Franco. O Marquês de Cascais nomeou para capitão-mor, loco-tenente e ouvidor o sertanista Gabriel de Lara. A Vila estava situada à margem esquerda do então denominado rio Taguaré, que, mais tarde, viria a ser chamado rio Itiberê. Aí foi construído o primeiro ancoradouro para pequenas embarcações (até princípios do XVIII não tinha cais nem molhe). Em 1721, por iniciativa do então ouvidor geral Rafael Pires Pardinho, foram tomadas as primeiras medidas visando o melhoramento do porto. Contudo, as obras só tiveram início em 1760:

Assim, desde os primórdios da Vila, até os meados do século XIX, o porto de Paranaguá, ou seus ancoradouros, e o pequeno cais iniciado em 1760, ampliado por

---

<sup>414</sup> TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde. As epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996, pp.182-198.

<sup>415</sup> CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org.) *Cuidar, controlar, curar. Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004 (Coleção História e Saúde), pp.261-283.

volta de um século depois, esteve localizado entre a foz do rio Taguaré e a altura onde se situava o prédio do Colégio dos Jesuítas.<sup>416</sup>

Os limites geográficos da cidade de Paranaguá, no início do século XIX, eram, ao norte, o distrito de Cananéia; ao sul, o território de Guaratuba; a leste, o Oceano Atlântico; e a oeste, os distritos de Antonina e Morretes. O cenário ecológico da cidade de Paranaguá durante a segunda metade do século XIX não era favorável do ponto de vista da teoria médica vigente àquele tempo. Durante as marés baixas, o leito do rio Itiberê deixava exposta extensa planície de lama que, segundo os saberes da época, exalava vapores infectos, tornando insalubre o ar. Matas, charcos, pântanos, águas estagnadas e mangues, quando submetidos aos raios solares, produziam fermentações pútridas, agravadas pelas matérias fecais e outros tipos de dejeções despejados na praia defronte à cidade. Para uns, a salubridade da cidade também era prejudicada pelo fato de a Ilha da Cotinga (situada defronte à cidade e distante aproximadamente 3 km) barrar a circulação do ar em Paranaguá.<sup>417</sup>

A necessidade de reformas e a canalização de água e esgoto já eram prementes na cidade de Paranaguá desde a década de 1870. Em sessão ordinária de 16 de abril de 1879, Clemente José Leal pediu autorização junto à Câmara para fazer reformas em sua propriedade, isto é, a colocação de tubulações para escoamento do esgoto até a praia. A Câmara aprovou a obra em sessão ordinária de 24 de abril sob algumas condições: o encanamento deveria ser subterrâneo e o esgoto deveria desaguar de forma segura; a construção deveria ser sólida, e a conservação constante, evitando assim a estagnação das águas. Por fim, o fiscal deveria acompanhar a obra.<sup>418</sup> A questão do calçamento de ruas e do tratamento de esgoto urgia àquela época, mas a municipalidade não dispunha de recursos para a realização das obras. Na tentativa de solucionar o problema do escoamento do esgoto, a população abria valas que desaguavam na praia ou nas ruas. A ação do tempo, sobretudo do forte sol que reverberava de forma inclemente durante as estações quentes, fazia esses dejetos acumulados ao longo das vias e da beira da praia fermentarem e exalarem odores terríveis, além do imenso lodaçal pútrido que formavam, causando pavoros indescritíveis às pessoas mais sensíveis. Além disso, o saber médico daquela época atribuída o desenvolvimento de epidemias como febre amarela aos miasmas que esses dejetos e águas paradas emanavam.

<sup>416</sup> WESTPHALEN, Cecília Maria. *Porto de Paranaguá, um sedutor*. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1998, p.28.

<sup>417</sup> SANTOS, Antonio Vieira dos. *Memória Histórica de Paranaguá*. vol. I. Curitiba: Vicentina, 2001.

<sup>418</sup> PARANAGUÁ. Atas da Câmara Municipal. Sessões de 16 e 24 de abril, 1879.

Cientes da relação que a medicina estabelecia entre miasmas e doenças, os camaristas empregavam esforços no sentido de melhorar o ambiente urbano. Esses esforços estavam limitados às condições financeiras do município que, diga-se de passagem, eram precárias. Não obstante, a municipalidade contava com um fiscal responsável por acompanhar os melhoramentos urbanos realizados na cidade e sugerir aqueles que fossem necessários. O fiscal entregava seus relatórios à Comissão de Papéis e Contas que, por sua vez, emitia pareceres a respeito dos mesmos. Essa comissão, por exemplo, poderia exigir por parte do fiscal, maior atenção em relação aos pontos menos asseados da cidade ou de estradas que deveriam receber melhorias.<sup>419</sup>

As melhorias sugeridas pelos fiscais e camaristas integrantes das Comissões, geraram conflitos de interesse junto à população. Ainda em 1879, alguns moradores reclamaram do projeto de calçamento do Largo do Riachuelo proposto pela Câmara. A comissão de obras públicas reviu o projeto e decidiu alterá-lo, pois, pelo plano original, a mudança no nivelamento da Rua da Praia e da Rua das Rosas prejudicaria o trânsito naquela região. O crescimento demográfico e a intensificação das atividades econômicas e da imigração, nas últimas décadas do século XIX, impuseram uma série de exigências ao espaço urbano das cidades brasileiras. Nesse caso, o calçamento das ruas, apesar de ser uma importante demanda, não poderia impor obstáculos a outra demanda tão ou mais importante que começava a nascer naquele tempo, qual seja, a necessidade crescente de circulação rápida, segura e eficiente de mercadorias e pessoas. A comissão argumentou ainda que a mudança do projeto visava a conciliação entre interesses públicos e privados, mesmo que para isso se sacrificasse a estética do calçamento. A alteração previa: a não realização de “passeios” nas ladeiras e rampas voltadas para o lado do mar; rebaixamento da última estaca e a demolição de um muro somente até a altura necessária.<sup>420</sup>

É possível observar nesse caso, como políticas públicas de reformas urbanas entrelaçam e fazem colidir diversos interesses de grupos. Mas, diferente das intervenções autoritárias de Pereira Passos no Rio de Janeiro e Cândido de Abreu em Curitiba, a Câmara Municipal de Paranaguá, naquela conjuntura histórica, cedeu à pressão de alguns moradores, talvez comerciantes cientes dos prejuízos que a mudança do tráfego na região do Largo do Riachuelo pudesse ocasionar, e decidiu rever e alterar o plano original do calçamento.<sup>421</sup> Ao

<sup>419</sup> PARANAGUÁ. Atas da Câmara Municipal. Sessões de 16 de abril e 30 de junho, 1879.

<sup>420</sup> PARANAGUÁ. Atas da Câmara Municipal. Sessão de 3 junho, 1879.

<sup>421</sup> Sobre as reformas urbanas empreendidas por Pereira Passos no Rio de Janeiro consultar: BENCHIMOL, Jaime Larry. *Pereira Passos: um Haussmann tropical: A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esporte, Departamento Geral de

final daquele ano (1879) o presidente da Câmara Municipal mandou vir do Rio de Janeiro, barricas de cimento para a finalização do calçamento da Rua Paysandu, onde foi plantada uma linha de palmeiras para embelezamento. Ele autorizou ainda a limpeza das praias em frente à cidade, a arborização dos cemitérios e solicitou ao fiscal a fixação de editais “convidando” a população a cair suas casas.<sup>422</sup>

Segundo Valter Fernandes da Cunha Filho<sup>423</sup>, fatores como a conjuntura histórica, ideologia, agentes sociais e contexto institucional influenciaram as políticas e projetos de remodelações urbanas. Entretanto, o calçamento do Largo do Riachuelo e as medidas propostas pelo presidente da Câmara Municipal de Paranaguá em novembro de 1879, podem ter sido estimuladas também pela visita do Conselheiro Sinimbu a Paranaguá por ocasião da inauguração das obras da estrada de ferro. É oportuno frisar que a construção da estrada de ferro fez aumentar o número de pedidos para edificação urbana no bairro D. Pedro II onde estava situado o porto. De qualquer forma, os camaristas de Paranaguá já contrapunham o rigor e a austeridade da legislação colonial portuguesa antes mesmo de Alfredo d’Escragnolle Taunay (1885-1886), cuja gestão como presidente da Província do Paraná é considerada importante marco na inflexão dos projetos urbanísticos paranaenses. De acordo com Magnus Roberto de Mello Pereira, às vésperas da abolição da escravidão e da proclamação da República já era possível identificar mudanças nas formas de concepção do espaço urbano. Nesse aspecto, Alfredo d’Escragnolle Taunay teria buscado contrapor o paralelismo e a simetria da legislação portuguesa pelo saneamento, arborização e lazer urbano.<sup>424</sup>

As reformas urbanas em Paranaguá ganhariam novo impulso durante a gestão do prefeito João Guilherme Guimarães (1891-1900). Filho do Visconde de Nácar, Guilherme Guimarães descendia de uma família de negociantes. Importante líder político no litoral paranaense teve destaque e prestígio também em atividades empresariais e como representante de entidades de classe (Associação Comercial, Junta Comercial do Paraná, Associação Comercial de Paranaguá).<sup>425</sup>

---

Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992. Em relação à gestão de Cândido de Abreu como prefeito da cidade de Curitiba consultar: SÊGA, Rafael Augustus. *Melhoramentos da capital: a reestruturação do quadro urbano de Curitiba durante a gestão do prefeito Cândido de Abreu (1913-1916)*. Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em História Social da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1996.

<sup>422</sup> PARANAGUÁ. Atas da Câmara Municipal. Sessão de 24 de novembro, 1879.

<sup>423</sup> CUNHA FILHO, Valter Fernandes da. *Cidade e sociedade: a gênese do urbanismo moderno em Curitiba (1889-1940)*. Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1998, p.16.

<sup>424</sup> PEREIRA, Magnus Roberto de Mello. *Semeando iras rumo ao progresso: ordenamento jurídico e econômico da Sociedade Paranaense, 1829-1889*. Curitiba: Ed. da UFPR, 1996, pp.96-111.

<sup>425</sup> GOMES, Sandro Aramis Richter. Parentelas, partidos e transição política: mudanças na gestão de diretórios partidários e na atuação política das elites regionais na passagem do Império para a República (Paraná, c. 1853-c.

*Avenidas e bondes. A gestão João Guilherme Guimarães.*

Durante os primeiros anos da gestão de João Guilherme Guimarães, a urbanização do bairro D. Pedro II forçou a municipalidade a planejar a construção de um boulevard ligando o centro da cidade àquele bairro. O projeto seria viabilizado mediante alteração de um contrato realizado no dia 6 de outubro de 1892 com a Empresa de Transportes de Paranaguá. A modificação do contrato criou atritos entre a empresa e a Câmara Municipal, pois com a decisão de se construir o Boulevard Sezerdello, o traçado do projeto original precisou ser revisto. Segundo a empresa, inicialmente seriam removidos 4.503 metros cúbicos de terra. Para a construção do Boulevard, no entanto, esse montante aumentaria para 11.222 metros cúbicos ao custo de aproximadamente cinco mil contos de réis. O gerente da empresa propôs que a câmara pagasse três mil contos de réis desse total e ficasse responsável pelos serviços de aterro.<sup>426</sup> A negociação não foi efetivada, pois em agosto de 1893 as obras ainda não haviam sido concluídas e a empresa cobrou novamente os três mil contos de réis da Câmara, alegando falta de recursos.<sup>427</sup> Em nota, a empresa queixou-se dos custos excessivos por conta dos cortes de árvores e aterramentos, em função disso, cobrou da Câmara uma solução urgente para evitar a paralisação das obras.<sup>428</sup> A Comissão de Papéis da Câmara Municipal de Paranaguá reconheceu a necessidade de alteração do contrato em virtude da mudança do traçado, mas argumentou que a empresa não estava cumprindo as exigências estipuladas pelo acordo. Segundo a Comissão, as indenizações referentes às desapropriações de imóveis para a construção do Boulevard Sezerdello deveriam ser pagas pela empresa e não pela Câmara.<sup>429</sup>

A despeito das indenizações, assim como em outras cidades, a abertura de ruas e avenidas em Paranaguá na década de 1890 gerou empregos, enriqueceu muitas pessoas, estimulou a especulação imobiliária e a concentração fundiária. Alguns proprietários fizeram acordo com o município e venderam suas casas e benfeitorias. Gertrudes Mariana de Castilho, por exemplo, vendeu seu imóvel por 235 mil réis e suas sessenta e quatro árvores frutíferas por 64 mil réis. Por sua vez, Joaquim Soares recebeu 200 mil réis pela sua casa (cercada por

---

1926). Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017, p.535.

<sup>426</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Carta enviada em 25 de junho de 1893 à Empresa de Transportes de Paranaguá pela Câmara Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1893.

<sup>427</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Carta enviada ao Prefeito Municipal de Paranaguá pela Empresa de Transportes de Paranaguá em agosto de 1893. Paranaguá, 1893.

<sup>428</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Carta enviada em junho de 1893 à Câmara Municipal de Paranaguá pela Empresa de Transportes de Paranaguá. Paranaguá, 1893.

<sup>429</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Carta enviada em 25 de junho de 1893 à Empresa de Transportes de Paranaguá pela Câmara Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1893.



tábuas e coberta com palhas novas), algumas árvores frutíferas e um mandiocal que produziria aproximadamente 1.200 litros de farinha.<sup>430</sup> Esses valores podem ser considerados baixos se for levado em consideração que 200 mil réis foi a gratificação que os médicos Leocádio Correia e Aristides Guedes Cabral receberam, cada um, para tratar dos enfermos indigentes na quadra epidêmica de 1878, conforme visto no terceiro capítulo. Por sua vez, a Empresa de Transportes propôs à Câmara Municipal que concedesse doze terrenos com vinte e cinco metros de frente cada no Boulevard Sezerdello, sendo seis a partir da Praça João Guilherme e os restantes nos primeiros seiscentos metros da Praça Ubaldino, onde seria construída a Alfândega, como parte do pagamento pelas obras de melhoramento urbano.<sup>431</sup>

A concessão de terrenos por parte do município como forma de pagamento pelos serviços prestados pela Empresa de Transportes pode ser compreendida tanto pelas limitações orçamentárias como pela aliança, comum nos processos de renovação urbana nas demais cidades do Brasil, entre o poder público e grupos privados que lucravam com a valorização das áreas submetidas aos processos de melhoramento urbano. Outro fator importante a mencionar, diz respeito ao fato de que em 1893, o legislativo e, sobretudo o intendente municipal, coronel João Guilherme Guimarães, não dispunham de poderes discricionários semelhantes àqueles concedidos a Pereira Passos no Rio de Janeiro e a Cândido de Abreu em Curitiba, para governar por decretos e alterar a legislação vigente com o intuito de facilitar e diminuir os custos com expropriação de áreas cruciais à reforma urbana. No Rio de Janeiro, o arrocho fiscal imposto por Pereira Passos possibilitou o aumento da arrecadação municipal e sua política centralizadora viabilizou a realização das reformas, gerando empregos e ajudando a mitigar a crise financeira e social. Durante as reformas na Capital Federal ocorreram dois tipos de desapropriação: a dos proprietários que foram indenizados e a dos não proprietários, que foram para a rua com uma mão na frente e outra atrás. O Estado adotou determinados mecanismos de expropriação, segregando os grupos sociais inferiores e valorizando o espaço anteriormente ocupado por esses grupos, mediante as ações de remodelação e saneamento urbano. Esses espaços foram reocupados por novos grupos sociais, oriundos dos níveis mais elevados da sociedade. Esse processo não se fez sem conflitos. Em função dos diferentes interesses envolvidos no projeto de renovação da cidade do Rio de Janeiro, grupos sociais excluídos ou prejudicados pelas reformas chegaram a se organizar, ainda que momentaneamente, contra as ações do Estado. As demolições e despejos criaram um quadro

<sup>430</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Relatório referente ao mês de maio do Fiscal da Câmara Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1893.

<sup>431</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Documento enviado às Comissões de Obras e Papéis da Câmara Municipal de Paranaguá pela Empresa de Transportes de Paranaguá. Paranaguá, 1893.

de crise imobiliária que elevou o número de cortiços e pardieiros, estabelecendo uma nova divisão geográfica da cidade.<sup>432</sup>

Para termos uma ideia das receitas e despesas do município de Paranaguá em 1895 vejamos o balanço do trimestre de julho a setembro daquele ano. A receita totalizou 23: 329\$705 contos de réis, dos quais 20:285\$200 foram provenientes de arrecadação. A despesa total foi de 23: 295\$450 contos de réis, restando saldo positivo de 34.255 mil réis. Somente com obras públicas o município gastou naquele trimestre 12: 355\$480 contos de réis, montante muito além dos 665.600 mil réis dispendidos com saúde pública. O gasto com pessoal (2:793\$982) foi mais do que o dobro das despesas sanitárias. Por outro lado, a limpeza pública, que influi diretamente na área da saúde, representou uma despesa na ordem de 1: 318\$100 contos de réis. Portanto, só com obras públicas o município comprometeu quase 53% das receitas arrecadas entre julho a setembro de 1895.<sup>433</sup> Entretanto, é importante ressaltar que em 1887 o município possuía um déficit de 24: 591\$906 contos de réis. Somente com um empréstimo de 58 contos de réis junto ao Banco do Brasil, autorizado pela Câmara Municipal em 1889, as contas do município ficaram estáveis, pavimentando o caminho para as reformas empreendidas na gestão de João Guilherme Guimarães, muito embora os recursos disponíveis ainda não tivessem sido suficientes para arcar com os custos das obras de canalização de água e esgoto da cidade. Parte do empréstimo contraído junto ao Banco do Brasil foi utilizada na construção de um chafariz no porto de D. Pedro II; na aquisição de um matadouro; na construção do calçamento da Rua Pêssego Junior e na compra de uma chácara para variolosos.<sup>434</sup>

A concessão de terrenos também chegou a ser proposta como forma de pagamento pela construção de uma linha de bondes que ligasse a zona central da cidade de Paranaguá a seus respectivos subúrbios. Conforme observa Mumford “a criação dos transportes públicos ocorreu segundo os mesmos cânones de lucro especulativo que governavam o resto da cidade: a especulação do tráfico e a especulação da terra faziam jogo combinado”.<sup>435</sup> O contrato chegou a ser firmado em 15 de março de 1891 com o concessionário João Eugenio Gonçalves Marques. Contudo, a Câmara considerou sem efeito uma cláusula do acordo que concedia um quilômetro de terras para cada lado da linha ao concessionário. O trecho ia da região central à capela do Rocío. Em virtude disso Gonçalves Marques solicitou à municipalidade a anulação

<sup>432</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry, *op.cit.*, pp.244-258.

<sup>433</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Relatório referente às receitas e despesas da Câmara Municipal de Paranaguá durante os meses de julho a setembro de 1895. Paranaguá, 1895.

<sup>434</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Relatório da Intendência Municipal de Paranaguá. Sem data.

<sup>435</sup> MUMFORD, Lewis. *op.cit.*, p.547.

do contrato e confecção de um novo, substituindo as cláusulas anuladas pelas seguintes: o concessionário poderia adquirir dos terrenos aforados a quantidade que necessitasse, sendo obrigado, de acordo com as posturas, a exibir títulos de foros anteriores como requisito para transferir ao seu nome; isenção de qualquer imposto, exceto o predial. Gonçalves Marques solicitou ainda a redução de passagens gratuitas destinadas às crianças pobres frequentadoras da escola pública.<sup>436</sup> Novamente observamos uma das principais dificuldades encontradas pela municipalidade para colocar em prática os projetos de melhoramentos urbanos. As obras eram adiadas ou interrompidas em virtude da falta de consenso em torno das obrigações contratuais entre o poder público e as empreiteiras privadas.

Cabe ainda indagarmos se de fato havia demanda, em uma cidade como Paranaguá com não mais do que 12.000 habitantes àquele tempo<sup>437</sup>, para a inserção de transportes coletivos mais rápidos. No século XIX, a necessidade de transportes mais céleres era cada vez mais crescente em cidades como Nova York, onde, já àquele tempo, eram comuns engarrafamentos de trânsito.<sup>438</sup> Em Paranaguá, muito mais do que a demanda, parece ter sido o desejo de modernizar a cidade à luz de uma ideologia da racionalidade técnica e do progresso científico que orientou a decisão da municipalidade em construir uma linha de bondes. Sem dúvida, a instalação de uma rede ligando a zona central da cidade ao porto, facilitaria o deslocamento da força de trabalho.<sup>439</sup> Porém, resta saber se esses trabalhadores teriam condições de arcar com o custo desse serviço. Não obstante, a literatura memorialista nos informa que a linha foi construída e em 1900 bondes a vapor estavam sendo empregados, diga-se de passagem, não no transporte de passageiros, mas na condução de cargas do porto para a Estação de Estrada de Ferro e casas comerciais, muito embora o deslocamento mais rápido e eficiente de mercadorias e não somente pessoas, fosse um das exigências imposta pela modernidade.<sup>440</sup>

Além da construção de avenidas e linhas de bondes a gestão de João Guilherme Guimarães tentou construir uma rede definitiva de abastecimento de água e esgoto na cidade de Paranaguá. Em 1900 o médico Randolpho Serzedello fez um pronunciamento na Câmara Municipal onde pediu que o município fizesse os melhoramentos urbanos necessários,

<sup>436</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Solicitação enviada à Câmara Municipal de Paranaguá em 20 de julho de 1891 pelo concessionário da linha de bondes João Eugenio Gonçalves Marques. Paranaguá, 1891.

<sup>437</sup> Conforme o recenseamento de 1890, Paranaguá contava com 11.794 habitantes. BRASIL. Ministério da indústria, Viação e Obras Públicas. Diretoria Geral de Estatística. *Sinopse do recenseamento de 31 de dezembro de 1890*. Rio de Janeiro: Oficina da Estatística, 1898, p.82.

<sup>438</sup> MUMFORD, Lewis. *op.cit.*, p.546.

<sup>439</sup> SENNETT, Richard. *op.cit.* pp.211-212.

<sup>440</sup> TRAMUJAS, Alceu. *Histórias de Paranaguá. Dos pioneiros da Cotinga à porta do Mercosul no Brasil Meridional*. Curitiba: Raul Guilherme Urban, 1996, p.61.

instalasse uma rede de água e esgotos e adotasse seriamente medidas sanitárias, pois, caso contrário, vaticinava, o próximo surto de doença poderia ser muito pior. O médico destacou a necessidade de ações profiláticas que impedissem a associação entre disponibilidade de água e foco de doenças. Esclareceu que somente com uma rede de água e esgoto a higiene melhoraria consideravelmente. Para o médico os pobres também deveriam ser incluídos no sistema de higiene “já que a doença dá em qualquer um e se prolifera mais ainda sobre essa gente miserável”.<sup>441</sup> Embora Bruna Sheiffer afirme que o surto de varíola de 1900 foi a rampa de lançamento para as medidas saneadoras e de reforma urbana de Paranaguá, veremos a seguir como a implantação de uma rede definitiva de água e esgoto já havia sido tentada na gestão de João Guilherme Guimarães, durante a década de 1890.

*As primeiras tentativas de instalação definitiva de redes de água e esgoto em Paranaguá.*

Uma memória justificativa apresentada em maio de 1892 ao presidente da Câmara Municipal e demais membros da intendência municipal da cidade de Paranaguá revela a percepção que algumas pessoas tinham a respeito da infraestrutura urbana e das razões pelas quais ela necessitava ser reformada. O autor da memória aponta os seguintes motivos que, em sua concepção, justificariam os melhoramentos: a posição da cidade junto ao Estado e ao litoral paranaense; o aumento do fluxo de navios, mercadorias e pessoas no porto D. Pedro II e o crescimento populacional, ainda que na época a cidade contasse com aproximadamente 10.000 habitantes. Para o autor da memória, as reformas deveriam elevar Paranaguá ao mesmo nível das cidades mais populosas do Brasil e quiçá do mundo. Sem mencionar outros dois serviços considerados na época paradigmas de modernidade e civilização, quais sejam, a iluminação e os bondes elétricos, o autor afirma que a inserção nos novos parâmetros modernos e civilizatórios se daria, sobretudo, pela canalização da água e esgoto. Provavelmente a importância atribuída ao saneamento se deve ao fato de o despejo de esgoto nas ruas e praias da cidade causar odores inexprimíveis, deixando as ruas com aspecto muito desagradável, além de contribuir, segundo a concepção médica vigente naquela época, com o aparecimento de doenças.<sup>442</sup> Uma cidade civilizada não poderia prescindir de um sistema de remoção eficiente dos esgotos e de abastecimento generalizado de água potável. Na concepção do engenheiro sanitário Saturnino de Brito (1864-1929) “Não vale o combate aos

<sup>441</sup> SHEIFFER, Bruna. *Paranaguá, cidade portuária: entre a cidade “sonhada e a cidade real”*. Dissertação de mestrado, Marechal Cândido Rondon: Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), 2008, p.64.

<sup>442</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Memória justificativa apresentada ao Ilmo. Senhor Presidente e mais dignos membros da intendência municipal da cidade de Paranaguá em 13 de maio de 1892. Paranaguá, 1892.

‘focos’ de mosquitos sem a melhoria dos serviços de esgotos da cidade e o fornecimento de água de boa qualidade”.<sup>443</sup>

Conforme o autor da memória, a água poderia ser trazida dos mananciais da Serra da Prata mediante encanamento de ferro. Um reservatório, construído numa determinada altitude para a precipitação das matérias em suspensão, faria com que a água chegasse ao seu destino final com maior teor de pureza. Existiam no quadro urbano àquela época 544 prédios e uma população de aproximadamente 12.000 pessoas. Calculava-se aproximadamente 50 litros por habitante, o dobro do que se calculava para um habitante de Paris. Dessa forma, seriam necessários aproximadamente 300 mil litros de água diários. Em relação ao esgoto, o sistema mais comum, segundo o autor da respectiva documentação, era o de condução por meio de tubos a estações de desinfecção, considerado pelas autoridades médicas do Rio de Janeiro como fator etiológico de epidemias em razão da utilização de latrinas secas. Em decorrência disso, ele propugnava que fosse adotado em Paranaguá o mesmo sistema utilizado no Recife, isto é, o de lavagem mecânica.<sup>444</sup>

No Paraná, onde a economia era segmentada, ou seja, dependente da produção de vários produtos e não apenas da erva-mate, a assistência do Estado seria crucial. Além disso, as obras de melhoramento da infraestrutura urbana da cidade tiveram que ser submetidas a processos burocráticos que envolviam complexas negociações. Aspectos como qualidade dos materiais, tipos de equipamentos e sistemas deveriam ser examinados detalhadamente, mas o preço, em virtude dos poucos recursos financeiros da municipalidade, era fundamental para o fechamento do negócio. Foi justamente em razão desse fator, isto é, do custo das obras, que em setembro de 1895 o município recusou uma proposta recebida da Companhia Muller. O intendente alegou que a Câmara não poderia cumprir com o acordo em virtude dos preços pedidos pela companhia. O contrato para o abastecimento de água e canalização de esgotos não poderia exceder o valor de doze mil réis por habitação. A contraproposta apresentada por Guilherme Guimarães previa ainda privilégio de cinquenta anos, findo os quais as obras passariam a pertencer à Câmara. Pelos serviços de iluminação pública o município se propôs a pagar anualmente vinte contos de réis.<sup>445</sup>

---

<sup>443</sup> CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org.) *Cuidar, controlar, curar. Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004 (Coleção História e Saúde), p.261.

<sup>444</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Memória justificativa apresentada ao Ilmo. Senhor Presidente e mais dignos membros da intendência municipal da cidade de Paranaguá em 13 de maio de 1892. Paranaguá, 1892.

<sup>445</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Relatório da Comissão de Obras da Câmara Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1895. (Documentação avulsa).

Em um relatório enviado a João Guilherme Guimarães pela Câmara Municipal, podemos observar alguns detalhes e exigências para a contratação, junto à Companhia Muller, de serviços de abastecimento de água, coleta de esgoto e iluminação pública em Paranaguá. De acordo com a documentação, a rede de esgotos contaria com condutos subterrâneos de ferro e canos de barro destinados ao escoamento do esgoto. Tanques, máquinas e aparelhos de desinfecção seriam construídos para o tratamento das águas servidas mediante produtos químicos. Esse tratamento poderia ser dispensado se o despejo do esgoto fosse realizado em algum lugar da Enseada onde as águas fossem profundas. Seria obrigatória a instalação de ao menos uma latrina e um ralo em cada casa. O ralo, utilizado para o escoamento pluvial e de águas servidas da cozinha, teria que ter quatro polegadas de diâmetro e o ramal da latrina seis. As instalações interiores das casas ficariam sob responsabilidade dos proprietários a preço tabelado aprovado pela Câmara. Ao fim das obras o serviço de abastecimento de água deveria ser capaz de suprir cada residência com no mínimo 800 litros diários. O proprietário que consumisse mais do que essa quantia, pagaria a diferença conforme tabela estabelecida pela municipalidade. Os encanamentos gerais seriam providos de registros para extinção de incêndios, colocados a distância de 300 metros um do outro. Os proponentes forneceriam água de graça à Câmara Municipal e Santa Casa de Misericórdia sendo a instalação paga pela municipalidade. O município decretou a obrigatoriedade de instalação de serviços de coleta de esgoto e abastecimento de água para todas as residências existentes nas zonas urbanas abrangidas pelas redes.<sup>446</sup>

A tecnologia escolhida para fornecer luz elétrica a Paranaguá seria a mesma adotada nas cidades de Petrópolis, Piracicaba, Rio Claro e Jacareí, ou seja, sistema Edison Thompson, fabricado pela General Electric Company. As instalações seriam por postes e linhas suspensas, estando inclusas na proposta as lâmpadas, os suportes e os refletores. Cada lâmpada com a força de dezesseis velas custaria mensalmente 4.500 mil réis sobre o consumo calculado de quatro horas diárias no mínimo. Para cada lâmpada incandescente de trinta velas a municipalidade pagaria cem mil réis semestralmente. Pelas luzes de duas mil velas o valor cobrado seria de 400 mil réis. Todavia, o serviço de iluminação elétrica ficaria restrito às zonas urbanas abastecidas por redes de água e esgoto.<sup>447</sup>

Os proponentes teriam um privilégio de cinquenta anos sobre os três serviços. Após esse prazo as obras passariam à municipalidade mediante indenização, anulada caso a concessão fosse por setenta anos. Durante o prazo de vigência da concessão a municipalidade

---

<sup>446</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Relatório enviado a João Guilherme Guimarães pela Câmara Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1895. (Documentação avulsa).

<sup>447</sup> Idem.

pagaria semestralmente (nas primeiras quinzenas de janeiro e julho de cada ano), por cada residência, a quantia de sessenta mil réis pelos serviços de esgoto e quarenta e oito mil réis pelos serviços de abastecimento de água. A companhia, por seu turno, estaria isenta de pagar as taxas de importação e exportação dos materiais e objetos utilizados nas obras e serviços. Se o pagamento atrasasse por três meses a companhia ainda teria o direito de cessar os serviços. Por outro lado, as obras deveriam ficar prontas no prazo de dois anos e meio contadas a partir da aprovação da proposta.<sup>448</sup>

Nesses termos, a Câmara Municipal autorizou o intendente a fazer o contrato. Entretanto, João Guilherme Guimarães solicitou a definição do objeto do acordo para estabelecer o mesmo. Em sua concepção, isso seria necessário para conhecimento da causa e julgamento do compromisso correspondente ao serviço que o proponente iria fornecer. Para isso ele exigiu a apresentação de um projeto completo e uma memória descritiva de cada um dos três serviços referentes à proposta (água, esgoto e iluminação).<sup>449</sup> Além disso, o município estabeleceu outras exigências. O fornecimento diário de água teria que ser de no mínimo dois milhões de litros. A cada prédio do quadro urbano seriam oferecidos no mínimo mil litros diariamente. O proponente, no caso a Companhia Muller, deveria ainda fornecer água em abundância para lavagem dos esgotos, latrinas, mictórios, quatro chafarizes públicos, dois registros de aguada para navios e registros de incêndio dispostos de 300 em 300 metros ao longo do encanamento geral dentro da área edificada, tudo isso sem ônus para o município. As águas a encanar seriam testadas pela Casa da Moeda, cujo certificado seria indispensável para a iniciação da discussão do contrato. Os esgotos teriam que ser instalados em todos os prédios do quadro urbano. A companhia se comprometeria ainda a instalar quinze latrinas e vinte e cinco mictórios públicos. O sistema de esgoto empregado seria o denominado *Waing*, provavelmente o sistema separador absoluto criado pelo engenheiro sanitário norte-americano George Edwin Waring Jr. (1833-1898). As águas dos esgotos não poderiam ser lançadas na baía sem o devido tratamento. O município adotaria as prescrições regulamentares vigentes nas cidades inglesas segundo as quais as águas não deveriam ter em suspensão mais de três partes de matéria inorgânica e uma de matéria orgânica sobre 100.000 partes. Caberia à Companhia Muller estudar o melhor processo de desinfecção química. João Guilherme Guimarães sugeriu o método de desinfecção elétrica dos sistemas Webster e Hemvittes. Em relação à iluminação pública, duzentas e dez lâmpadas incandescentes de trinta velas e dez lâmpadas de arco de duas mil velas cada, instaladas em postes de ferro com lampiões

---

<sup>448</sup> Idem.

<sup>449</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Gabinete da Prefeitura Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1895. (Documentação avulsa).

apropriados, iluminariam as ruas e praças da cidade. Para a fiscalização das obras, o município contaria com um engenheiro remunerado pela Companhia Muller. Um ano após o término das obras a companhia ficaria obrigada a contratar um médico responsável pela fiscalização do funcionamento das redes de água e esgoto.<sup>450</sup>

Pela iluminação pública o município pagaria vinte contos de réis anuais. A luz particular custaria aos proprietários dois mil réis mensais por lâmpada. Cada prédio abastecido com água e conectado à rede de esgoto representaria um gasto mensal de quatorze mil réis aos cofres públicos. Existiam no quadro urbano da cidade de Paranaguá àquele tempo aproximadamente seiscentos prédios. Repartições públicas e o Hospital de Misericórdia ficariam isentos dessa taxa. As tarifas poderiam ser modificadas conforme a variação do câmbio em Londres. Nas negociações com a Companhia Muller, o município propôs a concessão gratuita de terrenos para a construção das casas de máquinas e reservatórios de água, bem como o direito de desapropriação de terrenos<sup>451</sup>. O prazo da concessão dos serviços seria de cinquenta anos, findo os quais, as obras passariam a pertencer à Câmara Municipal, sem qualquer ônus.<sup>452</sup>

Em resposta, a Companhia Muller afirmou que o fornecimento de dois milhões de litros diários poderia ser realizado, mas o abastecimento por prédio não excederia os 800 litros diários. A companhia concordou em fornecer água para dois registros de aguada para navios e quatro chafarizes, além de registros para incêndios dispostos a cada 300 metros, sob a condição de que as construções fossem custeadas pela municipalidade. Em relação à rede de esgoto, a companhia alegou que o sistema *Waing* não era eficiente, sugerindo a adoção do mesmo sistema utilizado em Londres. Afirmou ainda que a desinfecção proposta pelo intendente municipal, além de desnecessária, pois as águas servidas poderiam ser lançadas longe, sem riscos para a saúde, encareceria em quatro mil réis mensais o serviço de tratamento do esgoto. A companhia argumentou que a cidade de São Paulo não realizava desinfecção e o Rio de Janeiro deixaria de fazer em breve. Para a iluminação pública e particular a proponente utilizaria os sistemas Edison, Thomson e Houston, fabricados pela General Electric Company de New York. Nas disposições gerais a Companhia Muller se comprometeu a pagar três contos e seiscentos mil réis anuais pela fiscalização do engenheiro e do médico e não aceitou o valor de quatorze mil réis por prédio pelos serviços de água e esgoto, exigindo que fossem

---

<sup>450</sup> Idem.

<sup>451</sup> A documentação não especifica como essas desocupações procederiam e quais terrenos especificamente seriam desocupados.

<sup>452</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Gabinete da Prefeitura Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1895. (Documentação avulsa).



pagos dezoito mil réis. Ela ainda se negou a concordar com os valores propostos pela municipalidade em relação à luz. Segundo a companhia os preços por ela oferecidos já eram calculados sem os impostos. Caso o governo não concedesse isenções ela teria que rever os valores cobrados.<sup>453</sup>

Havia consenso em relação à necessidade de realizar reformas urbanas em Paranaguá, mas a dificuldade de se chegar a um acordo entre o município e a Companhia Muller impediu o fechamento do contrato. Alguns aspectos de natureza técnica e os valores a ser pagos pelos serviços de água, esgoto e iluminação, propostos pela municipalidade, não foram aceitos pela companhia. Em outra documentação, os preços exigidos pelo proponente são criticados. Certamente o conteúdo dessa documentação chegou ao conhecimento dos vereadores e do intendente municipal, reforçando os argumentos do município para não efetivar o contrato com a Companhia Muller. O autor (que não foi possível identificar) examinou os preços da luz cobrados em outras cidades e concluiu que o valor médio do watt custava 7/10 de réis. Uma lâmpada incandescente consumiria 35 watts por hora ao preço de 24,5 réis. No entanto, na proposta da Companhia Muller a hora/consumo dessa mesma lâmpada custaria 137 réis, quase seis vezes mais. Em relação à água, o preço cobrado pela Companhia por cada 800 litros diários fornecidos seria de 96 mil réis semestralmente. O autor do documento em questão considerou esse valor excessivo e argumentou que em Niterói (Rio de Janeiro) a água era cobrada conforme os valores dos aluguéis, mais especificamente, o litro custava oito réis e a quantidade diária fornecida era de 1.200 litros. Em Paranaguá o litro sairia por trinta e três réis. Aplicando o cálculo utilizado nas cidades da Inglaterra o autor chega à seguinte conclusão: o custo anual e por residência para o abastecimento de água seria 31.696 mil réis e não os 96 mil réis semestrais estabelecidos pelos proponentes. O autor da fonte ainda pondera que 800 litros de água por dia não seriam suficientes para matar a sede e realizar os hábitos higiênicos necessários, pois com a água encanada esses hábitos de asseio aumentariam e novas necessidades surgiriam. A oferta deveria ser suficiente para garantir o consumo próprio das pessoas, os banhos, limpeza doméstica, uso de latrinas, mictórios e asseio de matadouros e casas comerciais. Esgotados os 800 litros diários quanto custaria o abastecimento adicional? Os habitantes ficariam refém da companhia e muitos, talvez, não pudessem arcar com o custo adicional. Nesse aspecto, o autor faz uma sugestão de cobrança mediante taxas diversas e não única, conforme o valor dos imóveis. Sua conclusão e orientação foi que o município não

---

<sup>453</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Muller e Companhia. Contraproposta referente às obras de saneamento e iluminação pública enviada em 13 de novembro ao intendente municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1895. (Documentação avulsa).

firmasse nenhum acordo ou contrato com a Companhia Muller enquanto os valores dos serviços não fossem revistos.<sup>454</sup>

O acordo não foi firmado, pois em 1897 o município lançou novo edital para a contratação dos serviços de iluminação, água e esgoto. De acordo com o jornal *O Paiz*, o coronel João Guilherme Guimarães, prefeito de Paranaguá, receberia as propostas até o dia 30 de abril de 1897. O edital estabelecia uma série de exigências que deveriam obrigatoriamente ser observadas. Por exemplo, a iluminação seria realizada pelo sistema Edison, em postes de ferro com condutores subterrâneos. Os proponentes indicariam o valor das lâmpadas e arcos voltaicos e o preço a cobrar pela iluminação pública e particular. A distribuição de água poderia ser feita por contadores automáticos ou penas d'água, contanto que o suprimento não fosse inferior a 250 litros diários por habitante. A câmara nomearia um engenheiro, pago pelo contratante, para fiscalizar a execução das obras e as observâncias de todas as cláusulas do contrato. A municipalidade faria a concessão desses serviços pelo prazo de cinquenta anos; direito de desapropriação de terrenos, sendo as indenizações pagas pelo contratante e isenção de impostos municipais para os materiais e edifícios necessários aos serviços. O município se encarregaria de solicitar ao poder legislativo estadual, isenção de todos os direitos estaduais para os materiais importados. O governo do Estado, pela Lei n.234 de 21 de dezembro de 1896 concederia ao contratante a garantia de juros de 6% ao ano sobre o capital efetivamente empregado nas obras. O edital ainda estabelecia algumas condições de preferência, entre elas o menor preço das taxas cobradas dos consumidores e redução do prazo para conclusão das obras.<sup>455</sup>

Mesmo com a publicação de novo edital, as obras não foram realizadas. As exigências impostas pelo município podem ter dificultado o fechamento de um acordo vantajoso para ambas as partes. Importante ressaltar que um dos principais empecilhos para a contratação da Companhia Muller foi o preço a ser pago pela manutenção dos serviços de iluminação, abastecimento de água e coleta de esgoto. A empresa buscava lucrar com essa atividade, por sua vez, o município não poderia ceder em razão de sua delicada situação financeira e um eventual aumento de impostos colocaria em risco o capital político de João Guilherme Guimarães. Entretanto, a discussão em torno das obras de melhoramento da cidade de Paranaguá demonstra a autonomia do município em relação às questões de saúde pública no início da Primeira República. Embora a municipalidade contasse com amplas atribuições, a

---

<sup>454</sup> ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Carta anônima enviada ao intendente municipal João Guilherme Guimarães em 5 de setembro de 1895. Paranaguá, 1895. (Documentação avulsa).

<sup>455</sup> *O Paiz*, Rio de Janeiro, quarta-feira, 24 de março de 1897, ano XIII, n.4555.

falta de consenso entre agentes públicos e grupos empresariais inviabilizou a instalação de uma rede definitiva de água e esgotos em Paranaguá nos anos 1890.

Cidades como Rio de Janeiro, São Paulo, Santos e Campinas receberam apoio dos seus respectivos governos estaduais. Em Paranaguá, João Guilherme Guimarães não conseguiu mobilizar esse apoio. Em alguns estados da região Nordeste como Bahia, Ceará e Paraíba as oligarquias dificultaram a realização de serviços de saúde pública. Na Bahia, a segmentação econômica, a ausência de uma tradição republicana, a excessiva regionalização das elites agrárias que contribuiu para a fragmentação política, assim como a questão da autonomia dos municípios, prejudicou a interiorização dos serviços sanitários. Na Paraíba, antes de 1915, tivera início um serviço de higiene pública restrito à capital. Em 1913 o engenheiro sanitário Saturnino de Brito elaborou um projeto de esgotos para a cidade de João Pessoa. Em Pernambuco, assim como em São Paulo, por volta de 1896 já existia certa coesão intra-oligárquica. O Partido Republicano Federal (PRF) chefiado por Francisco Rosa e Silva, conduziu o processo de ‘modernização conservadora’ em toda a região até 1911. Rosa e Silva foi quem solicitou a Saturnino de Brito a construção de uma rede de esgotos em Recife, inaugurada em 1915. No entanto, segundo Castro Santos, a saúde pública só se tornou definitivamente uma prioridade na região Nordeste a partir dos anos 1920 com a criação, ainda em 1918, do Serviço de Profilaxia Rural pelo governo federal.<sup>456</sup> Em Paranaguá, João Guilherme Guimarães não se mostrou omissos em relação à saúde da população. Faltavam capacidade de negociação e coesão entre as oligarquias locais e estaduais para a formação de um consenso para a aprovação dos projetos necessários à implementação de uma rede de água e esgotos na cidade.

A reforma urbana de Paranaguá já estava em discussão no ano de 1892. Entretanto, a execução de um projeto de tal envergadura não era algo simples, passível de ser colocado em prática da noite para o dia. Não bastava uma sólida estrutura econômica como a economia cafeeira de São Paulo e a importação de novos hábitos e costumes para a realização das reformas. Esse processo foi mais complexo do que isso, gerou conflitos, controvérsias, exigiu acordos e foi ambíguo em cidades como, por exemplo, o Rio de Janeiro onde a modernização conviveu ao lado de ações repressoras e as melhorias realizadas não beneficiaram todos os

---

<sup>456</sup> CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org.) *Cuidar, controlar, curar. Ensaio histórico sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004 (Coleção História e Saúde), pp.253-278.

segmentos da população.<sup>457</sup> Em Paranaguá, apesar da alcunha de coronel, João Guilherme Guimarães não dispunha de poderes discricionários e, ao que tudo indica, não possuía muita influência junto ao governo estadual. Isso era uma condição importante. Em São Paulo, uma das províncias mais ricas àquele tempo, o apoio do governo do Estado foi determinante para o saneamento das cidades do interior.

No Paraná, conforme visto anteriormente, a Lei n. 261 de 27 de dezembro de 1897 autorizava o governo estadual, mediante autorização do Congresso, a realizar grandes obras de saneamento em cidades cujos recursos financeiros fossem insuficientes. Guilherme Guimarães não conseguiu mobilizar apoio suficiente para que o Congresso autorizasse o governo do Estado a assumir as obras de saneamento em Paranaguá nem viabilizar a contratação de um empréstimo que permitisse ao município assumir as reformas e os melhoramentos de forma autônoma. A realização de um empréstimo não era tarefa simples. No Rio de Janeiro Pereira Passos fracassou ao tentar obter empréstimo no exterior. O montante de quatro milhões de libras precisou ser contraído junto ao Banco da República.<sup>458</sup>

Apesar de ter se tornado importante líder político partidário no litoral paranaense, ao longo dos anos 1900 a influência de João Guilherme Guimarães foi gradativamente se esgotando. Segundo Sandro Aramis Richter Gomes, esse declínio se deu em razão de divergências de ordem econômica e política com os chefes do seu partido (Partido Republicano Paranaense). Outro fator a ser destacado é o envolvimento de João Guilherme Guimarães em atividades empresariais e entidades de classe (Associação Comercial, Junta Comercial do Paraná, Associação Comercial de Paranaguá) o que, segundo Gomes, estimulava o surgimento de conflitos com o governo estadual.<sup>459</sup>

Em termos gerais, o senso comum afirma que com a República, as oligarquias estaduais optaram pelo arranjo político-administrativo federalista, que ampliava a autonomia dos Estados em detrimento dos municípios. Entretanto, conforme visto anteriormente, as reformas realizadas na estrutura administrativa sanitária pelos Estados de São Paulo e do Paraná na década de 1890 conferiram amplas atribuições aos municípios, muito embora a legislação fosse ambígua e permitisse a intervenção dos estados em nível local em casos excepcionais. Havia ainda o problema da falta de recursos financeiros, que impedia a realização plena dessa autonomia. Diante disso, em muitos casos a autonomia municipal foi transformada em moeda de troca, ou seja, a transferência de verbas estaduais ficou

<sup>457</sup> SCHWARCZ, Lilia Moritz. População e Sociedade. In: *História do Brasil nação: 1808-2010. A abertura para o mundo. 1889-1930 (volume 3)*. Madrid, Rio de Janeiro: Fundación Mapfre, Editora Objetiva, 2012, p.53.

<sup>458</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry, *op.cit*, pp.255-258.

<sup>459</sup> GOMES, Sandro Aramis Richter. *op.cit*, p.535.

condicionada à obtenção de apoio eleitoral, a princípio, garantida pelo coronel, relativizando a falta de recursos e reforçando assim, os laços de reciprocidade, ou, dito de outra forma, de dependência recíproca.

As constantes crises financeiras pelas quais passou o país ao final do século XIX, sem dúvida, forçou a realização desse tipo de aliança em muitos municípios. A economia brasileira enfrentou dificuldades durante o governo Prudente de Moraes em virtude de fatores como a herança do encilhamento, os gastos militares decorrentes das ações dos jacobinos florianistas, da Revolta Federalista no Rio Grande do Sul, da Guerra de Canudos no sertão baiano e dos efeitos da crise mundial de 1892-1893 que afetou o Brasil no início de 1895, provocando queda das exportações. Prudente de Moraes propôs um acordo com credores estrangeiros e no governo Campos Sales (1898-1902) a dívida externa foi renegociada mediante uma operação financeira que ficou conhecida como *funding loan*. Apesar disso, Robson Mendonça Pereira destaca a utilização de recursos próprios, por parte de alguns coronéis, para a realização das reformas nas cidades.<sup>460</sup>

Em Paranaguá João Guilherme Guimarães realizou um empréstimo junto ao Banco do Brasil e propôs, em conjunto com a Câmara Municipal, a doação de terrenos como forma de pagamento às empresas privadas que realizariam as obras de melhoramento urbano, além de concessão para explorar os serviços por cinquenta até setenta anos. Isso reduziria a dependência do município em relação ao governo estadual para a obtenção de verbas. Na prática, o pacto federalista firmado na constituição de 1891 não representou de maneira direta a dependência e submissão dos municípios aos Estados. Intendentes municipais como João Guilherme Guimarães buscaram estratégias para contornar a falta de recursos e limitar a barganha com os poderes estaduais. Por outro lado, conjecturo que a participação mais efetiva do Estado nos projetos de reforma da infraestrutura urbana de Paranaguá, elaborados nos anos finais do século XIX, não se concretizou em função das relações pouco amistosas entre João Guilherme Guimarães e o governo estadual.

No edital publicado em 1897 o município ficava encarregado de solicitar ao legislativo estadual a isenção de todos os direitos estaduais para os materiais importados, porém essa aprovação dependia da teia de relações sociais entretecidas entre João Guilherme Guimarães e as oligarquias estaduais. Mas os vínculos existentes entre o prefeito e os governadores eram frágeis. Em relatório apresentado à Câmara Municipal em setembro de 1900, João Guilherme Guimarães lamentou a suspensão, mediante decreto estabelecido pelo governador, de algumas

---

<sup>460</sup> PEREIRA, Robson Mendonça. *Washington Luís e a modernização de Batatais*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2005, p.49.

disposições da Lei municipal n.60 de 11 de outubro de 1899. Em síntese, o decreto anulou o direito de cobrança de foros de terrenos de marinha assegurados ao município. Esses terrenos foram doados pelo ouvidor Raphael Pires Pardini no século XVIII. Nesse mesmo relatório, João Guilherme Guimarães acusa o governo estadual de não pagar o aluguel de alguns edifícios, como o do sobrado em que funcionavam a cadeia e o quartel da polícia, queixando-se ainda da falta de autonomia do município:

Infelizmente o Congresso Estadual, em suas últimas sessões, tem retirado parte da autonomia do município, cerceando-a em benefício exclusivo do Estado. O município, base primordial da República, está ficando atado, não só ao governo da União, como também ao do Estado, que diariamente cerceiam suas atribuições, criam leis aumentando despesas para o município e retiram a sua receita. Sem que o município tenha faculdade ampla de criar impostos, sem ter autonomia própria, não se pode dele exigir os melhoramentos que necessita, especialmente os que se referem à salubridade pública.<sup>461</sup>

De acordo com João Guilherme Guimarães a realização de todos os serviços de melhoramentos demandados pelo município só seria possível com uma ampla autonomia que possibilitasse a criação de novos impostos, mesmo que isso despertasse uma reação popular provocando, conseqüentemente, um desgaste político. Pereira Mendonça assinala que “a defesa das prerrogativas de autonomia de um município poderia levá-lo ao isolamento político no fornecimento de verbas, e mesmo a intervenções estaduais, casos perfeitamente possíveis”.<sup>462</sup> Embora aos municípios coubessem diversas atribuições como o saneamento, obras públicas, instrução pública e transporte público, os recursos financeiros escassos impediam suas realizações. As críticas de João Guilherme certamente afastaram a possibilidade de um apoio mais efetivo por parte do governo do Estado na realização das obras de saneamento, deixando explícita a existência de tensões e conflitos prévios entre eles. A condição portuária de Paranaguá não foi um argumento forte o suficiente para mobilizar apoio e recursos para os melhoramentos urbanos necessários. O eixo da economia nacional girava em torno do café, cuja produção concentrava-se principalmente no Estado de São Paulo. Em virtude disso, os investimentos afluíam em larga medida para o porto e a cidade de Santos. No Rio de Janeiro as reformas se justificaram, entre outros fatores, pela sua condição de Capital Federal da República. Em Curitiba, argumento semelhante também chegou a ser utilizado.

---

<sup>461</sup> GUIMARÃES, João Guilherme. Relatório apresentado à Câmara Municipal de Paranaguá em sessão de posse de 21 de setembro de 1900. Curitiba: Oficinas do Atelier Novo Mundo, 1900, p.27.

<sup>462</sup> PEREIRA, Robson Mendonça. *op.cit.*, p.153.

Segundo Gomes, os atritos entre João Guilherme Guimarães e os líderes do grupo político governista tornaram-se frequentes a partir dos anos 1900. A atuação dele como presidente da Associação Comercial de Paranaguá teria favorecido os conflitos.

A defesa de interesses econômicos dos negociantes e os conflitos com o então presidente do Paraná, Vicente Machado, determinaram o isolamento político de João Guilherme. Nesse contexto, a mobilização dos negociantes para a implantação de suas demandas junto ao Governo Estadual frequentemente malograva. A defesa dessas demandas apenas ocasionava tensões entre a elite econômica, reunida em instituições como a Associação Comercial do Paraná e as lideranças políticas estaduais.<sup>463</sup>

Em 1899 ocorreu uma divergência entre Vicente Machado, chefe do partido governista, e a Associação Comercial que queria que o imposto do selo sobre atos administrativos fosse pago apenas à União e não mais aos Estados. No Congresso Legislativo Vicente Machado criticou a Associação Comercial e defendeu a manutenção da cobrança do imposto por parte do Estado. “A defesa de interesses econômicos pelas entidades de classe gerava o distanciamento, ainda que circunstancial, entre os negociantes e os chefes políticos que comandavam o Governo do Estado.”<sup>464</sup> Esses conflitos travados por João Guilherme Guimarães dificultaram a obtenção de recursos junto ao Estado. As divergências com os chefes políticos estaduais também contribuíram para diminuir sua influência e prestígio na política local.

As fontes utilizadas para examinar os projetos de melhoramentos urbanos em Paranaguá ao final do século XIX relativizam ainda o controle absoluto atribuído aos chefes políticos locais e as alianças estabelecidas com os governos estaduais em troca de verbas financeiras. Hebe Mattos aponta os limites dessa interpretação que conferia aos coronéis um acúmulo ilimitado de poder, pois grande parte da população não votava e as eleições eram controladas pelas comissões de verificações de poderes.<sup>465</sup> Por outro lado, Pereira Mendonça observa que a relação entre as reformas e o poder econômico dos cafeicultores de São Paulo ampliou a importância eleitoral do coronel em função dos laços estabelecidos com os profissionais liberais e a classe média emergente.<sup>466</sup> Em outras palavras, ele observa que a inserção de novos grupos sociais nas estruturas políticas dos municípios não representou uma ruptura drástica com o poder local dos coronéis, pois, estes teriam se adaptado à nova

<sup>463</sup> GOMES, Sandro Aramis Richter. *op. cit.*, p.548.

<sup>464</sup> Ibidem, p.551.

<sup>465</sup> MATTOS, Hebe. A vida política. In: *História do Brasil nação: 1808-2010. A abertura para o mundo. 1889-1930 (volume 3)*. Madrid, Rio de Janeiro: Fundación Mapfre, Editora Objetiva, 2012, p.106.

<sup>466</sup> Ibidem, p.50.

<sup>466</sup> PEREIRA, Robson Mendonça. *op.cit.*, p.141.

conjuntura política e estabelecido alianças com os novos grupos ascendentes. De qualquer modo, durante a Primeira República os municípios não eram governados de maneira despótica, ou seja, o poder político não imanava de um único indivíduo cujas vontades deveriam ser atendidas independentemente dos meios. Os coronéis estavam inseridos em uma rede ou configuração social mais ampla que envolvia diferentes agentes ou grupos sociais. O avanço do conhecimento científico fez surgir novos instrumentos, artefatos, aparelhos e medicamentos. Enigmas etiológicos de doenças epidêmicas foram resolvidos; a produção de alimentos aumentou, por conseguinte, as cidades e populações cresceram, ampliando as relações de interdependência social, política, econômica e sanitária entre as mais diversas e complexas configurações sociais. A par disso, as transformações pelas quais os centros urbanos brasileiros precisavam passar para se integrar à “modernidade”, à “civilização”, deixando para trás o passado colonial, de forma alguma poderiam ser concretizadas ou obstadas pelas ações e vontades de um único indivíduo.

*Caetano Munhoz da Rocha e a instalação definitiva das redes de água e esgoto na cidade de Paranaguá.*

Durante a gestão de João Guilherme Guimarães (1892-1900) o engenheiro Tranquillo A. da Silva ficou responsável por elaborar os estudos sobre a instalação de rede de esgotos e abastecimento de água potável, mediante canalização do rio Miranda na Serra da Prata.<sup>467</sup> O projeto foi aprovado pelo Secretário de Obras Públicas do Estado, porém, como vimos, não chegou a ser realizado. Em 1900 o coronel Theodorico Julio dos Santos sucedeu Guilherme Guimarães na prefeitura de Paranaguá, mas não conseguiu levar adiante as obras de saneamento. A população continuou a ser abastecida com água potável proveniente das duas fontes (Nova e Velha) existentes na cidade. Faltava a João Guilherme Guimarães e Theodorico Julio dos Santos a influência junto às elites políticas estaduais para angariar os recursos financeiros e o apoio político necessários para a realização das obras de canalização de água e esgoto em Paranaguá. Essas condições seriam alcançadas na gestão do médico Caetano Munhoz da Rocha (1879-1944).

Formado em 1902 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Caetano Munhoz da Rocha clinicou em Paranaguá até o ano de 1905. Ingressou na política ainda jovem, com vinte e cinco anos, eleito deputado estadual para o biênio 1904-1905, sendo reeleito sucessivamente até o ano de 1917. Em 1908, quando assumiu a prefeitura de Paranaguá, já desfrutava de

---

<sup>467</sup> GUIMARÃES, João Guilherme. *op.cit.*, p.16.



enorme prestígio na cidade e começava a se impor como um dos maiores políticos do Estado do Paraná durante a Primeira República.<sup>468</sup> Seu prestígio e influência foram essenciais para a obtenção de um empréstimo junto ao governo do Estado em 1913 que viabilizou a implantação definitiva de um sistema de abastecimento de água e coleta de esgoto na cidade de Paranaguá, planejado desde 1892 e só concluído em 1915.

Jornais locais como o *Diário do Comércio* atribuíam ao crescimento demográfico a formação de uma consciência mais ampla em relação aos problemas de saneamento gerados pela interdependência social e sanitária. Em outras palavras, o aumento populacional dilatou a percepção segundo a qual as doenças, a sujeira e os excrementos afetavam todos indistintamente. Em 1872 a população de Paranaguá era de aproximadamente 8.228 pessoas. Em 1907 esse número saltou para 15.889 e já em 1912 a cidade contava com 22.000 habitantes.<sup>469</sup> O jornal argumentava que o sistema de fossas abertas em quintais e as valas que desaguavam no rio Itiberê contribuíam para o desenvolvimento de várias moléstias, principalmente durante o verão. Para muitos a solução era improvável, pois a construção de uma rede de abastecimento de água e canalização de esgoto demandava grande soma de dinheiro, tanto por parte do município como por parte dos proprietários. Entretanto, em sintonia com as teorias da degeneração urbana de sanitaristas do século XIX, como Edwin Chadwick (1800-1890), o jornal ressaltava que as despesas geradas pelas doenças eram ainda maiores, em termos não só financeiros, mas, sobretudo, humanos. De acordo com Chadwick condições físicas ambientais malsãs deterioravam a saúde e o estado físico da população, constituindo obstáculos à educação e ao desenvolvimento moral. Nesse aspecto, os custos das medidas preventivas seriam menores que os custos da doença, isto é, interrupção do trabalho e perda de salário.<sup>470</sup>

Não obstante, a formação de uma opinião pública favorável, dito de outra forma, de um consenso relativamente amplo em torno da necessidade de sanear a cidade, era importante para que a municipalidade agisse com maior liberdade. Assim, conforme o *Diário do*

---

<sup>468</sup> VANALI, Ana Crhistina. Só falar não basta! Bento Munhoz- Governante e pensador. In: OLIVEIRA, Ricardo Costa de (org.). *Estado, classe dominante e parentesco no Paraná*. Blumenau: Nova Letra, 2015, pp.317-318.

<sup>469</sup> Recenseamento geral do Brasil em 1872. Rio de Janeiro: Tipografia G. Leuzinger. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=225477>; Diretoria Geral de Estatística. *População do Brasil por municípios e Estados (1907-1912)*. Disponível em: <http://seculoxx.ibge.gov.br/populacionais-sociais-politicas-e-culturais/busca-por-temas/populacao.html>.

<sup>470</sup> BRESCIANI, Maria Stella Martins. *Londres e Paris no século XIX. O espetáculo da pobreza*. São Paulo: Brasiliense, 2013. (Tudo é História, 52), pp.29-30.

*Comércio*, Caetano Munhoz da Rocha, influenciado por Afrânio Peixoto, lançou o edital para o serviço de abastecimento de água e rede de esgoto em 21 de dezembro de 1908.<sup>471</sup>

A proposta dos engenheiros Conrado Eriseu Filho e Augusto Ramos venceu a licitação e foi posteriormente submetida ao estudo de Carlos Cavalcanti, Cândido de Abreu e Niepce da Silva. Contudo, o contrato efetivado em 27 de maio de 1909 não chegou a ser cumprido. Entre outras razões, os contratantes alegaram a impossibilidade da construção da rede de esgotos dentro das condições econômicas do município. Assim, Caetano resolveu prescindir dos serviços da empresa de Conrado Eriseu Filho e Augusto Ramos. Transferiu as obras de canalização de água para a Empresa de Melhoramentos Urbanos de Paranaguá e incumbiu o engenheiro Niepce da Silva de elaborar um projeto de esgoto que fosse possível executar de acordo com a situação financeira da cidade.

Com sede em São Paulo, a princípio a Empresa de Melhoramentos Urbanos de Paranaguá foi dirigida por Adriano Goulin e posteriormente pelo norte americano Dr. Chester, portanto, tratava-se de uma empresa privada que prestava serviços ao município de Paranaguá na área de saneamento básico. Hodiernamente essa relação é caracterizada como parceria público-privada. Adriano Goulin chefiou a Comissão de Melhoramentos de Curitiba criada em julho de 1913 pelo prefeito Cândido de Abreu e acumulou ainda a função de Diretor de Obras Municipais daquela cidade.<sup>472</sup> Finalizado o pré-projeto, Caetano chamou para a direção dos serviços o engenheiro Aristides de Oliveira, responsável pela organização do projeto e contratos de fornecimento.

O pré-projeto foi modificado em muitos pontos em virtude de questões referentes à localização, método e sistema adotado. As modificações empreendidas pelos estudos definitivos aumentaram consideravelmente o orçamento, mas o empréstimo contraído junto ao governo estadual em 1913 deu fôlego às finanças do município e possibilitou o início das obras no dia 1º de junho de 1914, que quase foram suspensas dois meses depois em virtude da Grande Guerra (1914-1918), responsável por atrasar o fornecimento de materiais. Praticamente toda a cerâmica importada de Londres já estava em Paranaguá. Os materiais restantes precisaram ser adquiridos no Brasil. Foi adotado o sistema separador completo ou absoluto, excluindo as contribuições pluviais. Como a cidade é muito plana e com pequena altitude, a área a esgotar precisou ser dividida em duas bacias distintas. A primeira esgotaria para um coletor, mediante elevação mecânica. Do coletor, os resíduos seriam esgotados para o tanque séptico de lançamento e posteriormente para o mar. A rede cobriria uma área de 800

---

<sup>471</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 15 de novembro de 1915, n.1145, ano IV.

<sup>472</sup> SHEIFFER, Bruna. *op.cit.* p.74.

m<sup>2</sup> com uma extensão de 9.101 metros. Alguns trechos apresentaram maiores dificuldades para construção, como por exemplo, nas ruas Luís Xavier, João Alfredo e Pecego Junior. A construção da passagem do Coletor dois sob as linhas da Estrada de Ferro também exigiu grande esforço.<sup>473</sup>

Em virtude do empréstimo contraído junto ao governo estadual, o município conseguiu concluir por conta própria a construção da rede de esgotos. O jornal *Diário do Comércio*, porta voz do Partido Republicano Paranaense, do qual Caetano Munhoz da Rocha era líder, exultou em função disso, argumentando, em termos antiliberais, que concessões particulares só causavam entraves aos novos empreendimentos. Em uma tentativa de atribuir a pecha de incompetência às gestões anteriores, o jornal considerou a rede de esgoto construída pela gestão de Caetano, não como um experimento, mas como algo definitivo e eficaz.<sup>474</sup> O valor bruto do empréstimo contraído junto ao governo estadual foi de 1.200:000\$000 contos de réis. O total líquido recebido foi de 1.044:000\$000 contos de réis, entregues ao London & Brazilian Bank Limited. O dinheiro foi retirado da conta corrente parceladamente, conforme as exigências dos serviços. As saídas de caixa foram todas comprovadas por documentos, contas e recibos processados pela Seção de Melhoramentos. De acordo com Caetano o empréstimo não onerou os cofres municipais. Os compromissos assumidos em virtude do mesmo seriam atendidos sem necessidade de criação de novos impostos. Para constituir novas fontes de renda o município resgatou apólices emitidas em 1907 com juros de 7%.<sup>475</sup> Entretanto, para o ano de 1915 a receita prevista totalizaria 227:414\$000 contos de réis, já incluídas as taxas sanitária e de esgoto, até então inexistentes, contrariando a promessa realizada segundo a qual não seriam criados novos impostos.<sup>476</sup>

Inicialmente a rede de esgotos teria 8.318 metros, contudo chegou a 11.000 metros. No pré-projeto estava previsto 2.738 metros de coletores de quatro polegadas. Esses coletores acabaram substituídos por coletores de seis polegadas. O número de poços de visita subiu de cinquenta e oito para cento e oito; tanques fluxíveis de nove foram para vinte. Adotou-se o tanque fluxível (Flush tanks) prismático, sistema Dr. Rodrigues de Brito, modelo D. Estavam previstos um tanque-fluxível para cada 600 metros de coletor de esgoto, no entanto, foram projetados para toda a rede dezenove simples e um duplo. Cada tanque fluxível tinha capacidade para 600 litros de água. O custo da obra previsto no pré-projeto era de

<sup>473</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, segunda, 15 de novembro de 1915, n.1145, ano IV.

<sup>474</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, segunda, 15 de novembro de 1915, n.1145, ano IV.

<sup>475</sup> ROCHA, Caetano Munhoz da. *Mensagem dirigida à Câmara Municipal de Paranaguá pelo Exmo. Snr. Dr. Caetano Munhoz da Rocha, prefeito do município em a primeira sessão ordinária do exercício de 1915*. Curitiba: Tipografia de Casimiro Warchalowski, 1915.

<sup>476</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, quinta-feira, 24 de dezembro de 1914, n.877, ano III.

195:000\$000 contos de réis, mas ao final as despesas chegaram a 293:361\$517 contos de réis.<sup>477</sup>

Caetano Munhoz da Rocha recebeu em 28 de novembro de 1914 um ofício de Aristides de Oliveira, engenheiro de melhoramentos, comunicando a conclusão da construção da rede de esgotos, faltando apenas fazer a passagem do coletor número II sob as linhas da estrada de ferro. No dia primeiro de dezembro iniciar-se-iam os serviços das instalações domiciliares.<sup>478</sup> Na sessão do dia nove de dezembro de 1914 a Câmara Municipal anunciou um ofício do prefeito municipal relatando a conclusão das obras da rede de esgoto, sendo possível o funcionamento da parte correspondente às zonas alta e baixa que representavam cerca de dois terços da rede total.<sup>479</sup> Em Julho de 1915 já estavam em funcionamento cento e cinquenta instalações domiciliares nas zonas alta e média da cidade. Até àquela data foram requisitadas duzentas e trinta três novas instalações. A prefeitura pretendia inaugurar oficialmente o serviço de esgoto em sete de setembro de 1915.<sup>480</sup> No entanto, a inauguração oficial ocorreu em 15 de novembro de 1915 com a presença do governador do Estado e demais autoridades. A festa de inauguração contaria com apresentações dos alunos das escolas públicas que entoariam os hinos da República e do Paraná. Um lanche seria servido ao governador e convidados na Ilha da Cotinga. Caetano Munhoz da Rocha planejava oferecer um almoço em sua residência para as autoridades. A banda de música do Regimento de Segurança Pública do Paraná ficaria encarregada de distrair a população com um concerto na Praça Fernando Amaro. À noite um espetáculo de gala teria lugar no Teatro Variedades. Após a entrega dos serviços de esgotos, Caetano renunciaria ao cargo de prefeito para assumir a vice-presidência do Estado, em seu lugar tomaria posse o presidente da Câmara José Gonçalves Lobo.<sup>481</sup>

Com a finalização da canalização do esgoto, o município criou uma legislação específica para regular esse novo serviço. A Lei n.267 de 5 de janeiro de 1915 e o Decreto n.15 de 30 de abril de 1915 regularizaram a instalação de esgotos na cidade e a arrecadação das respectivas taxas. Tornou-se obrigatória, dentro da área abrangida pela rede de esgotos, a instalação domiciliar. O pagamento pelo serviço de instalação sanitária domiciliar poderia ser feito em duas parcelas iguais. O pagamento da taxa de esgoto, cobrada mensalmente, seria obrigatória a todos os proprietários. A canalização de esgotos, ligações, consertos ou

---

<sup>477</sup> ROCHA, Caetano Munhoz da. *op.cit.*

<sup>478</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 1 de dezembro de 1914, número ilegível, ano III.

<sup>479</sup> PARANAGUÁ. Atas da Câmara Municipal. Sessão de 9 de dezembro, 1914.

<sup>480</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 3 de julho de 1915, n.1032, ano IV.

<sup>481</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 13 de novembro de 1915, n.1144, ano IV.

alterações ficaria a cargo da Seção de Melhoramentos. Agentes municipais e médicos encarregar-se-iam das vistorias. Após cinco anos de vigência do primeiro regulamento a Prefeitura poderia conceder licença aos particulares para a execução dos serviços de esgotos internos, unicamente nos trechos onde a rede ainda não estivesse constituída.<sup>482</sup> O valor das taxas cobradas dos proprietários foi calculado de acordo com o valor locativo mensal do imóvel. A menor taxa (1.500 réis) seria cobrada de imóveis cujo aluguel fosse entre 10 mil a 20 mil réis. A maior taxa (14 mil réis) referia-se a valores locativos de 201 mil a 300 mil réis.<sup>483</sup>

O abastecimento de água foi inaugurado em 18 de janeiro de 1914. Até então a população recorria às fontes velha e nova, esta construída em 1860. Essa fonte contava com três torneiras de latão e uma bica de ferro aberta constantemente para dar vazão ao grande volume de água dos dois reservatórios de alvenaria. Havia outro depósito cuja água era conduzida por encanamento de tijolos para outros dois grandes reservatórios.<sup>484</sup> Durante o espetáculo no Teatro Variedades um orador, ao homenagear Caetano Munhoz da Rocha, ressaltou que as fontes que abasteciam a cidade com água não tinham condições higiênicas: “As matérias em decomposição no cemitério, que fica num alto inoculavam-se através da terra úmida na linfa cristalina que ia para a fonte que fica numa baixada. Era daí que a população bebia”.<sup>485</sup> Para algumas parcelas da população e da imprensa local a canalização da água e esgoto foi o principal sinal de progresso, civilização e modernidade, muito mais do que a iluminação elétrica e os bondes, pois os serviços de saneamento estavam associados ao fim das epidemias e doenças que fustigavam a cidade. O próprio orador do Teatro Variedades fez uma analogia entre a inauguração dos serviços sanitários e o fim do impaludismo. Em Curitiba, segundo o mesmo orador, um estrangeiro lhe disse: “Agora sim, a sua terra tem outro valor: tem águas e esgoto”.<sup>486</sup> Mas assim como o esgoto, a água encanada também teria um custo aos proprietários, conforme o valor locativo dos imóveis. Aluguéis até 10 mil réis estariam isentos da taxa. De 10 mil a 20 mil réis o valor cobrado seria de 2.500 réis. Imóveis com valor locativo acima de 200 mil réis a taxa seria de 16 mil réis.<sup>487</sup>

Esses valores geraram conflitos entre a população, a municipalidade e a Empresa de Melhoramentos Urbanos de Paranaguá que passou a gerenciar os serviços de água e luz.

<sup>482</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 9 de janeiro de 1915, n.890, ano III; *Diário do Comércio*, Paranaguá, 19 de junho de 1915, n.1020, ano IV.

<sup>483</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 31 de dezembro de 1914, n.882, ano III.

<sup>484</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 23 de agosto de 1915, n.1074, ano IV.

<sup>485</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 16 de novembro de 1915, n.1146, ano IV.

<sup>486</sup> Idem.

<sup>487</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 27 de dezembro de 1915, n.1170, ano IV.

Aproximadamente setenta imóveis estavam ameaçados de ter o abastecimento de água suspenso. O camarista Manoel Hermogenes Vidal chegou a apresentar um projeto sugerindo a retomada desses serviços pela prefeitura.<sup>488</sup> A Câmara deferiu o projeto de Manoel Hermogenes Vidal e decidiu, conforme contrato estabelecido em 27 de maio de 1909, assumir os serviços de abastecimento de água e fornecimento de luz. A antiga usina que o município entregou à Empresa de Melhoramentos encontrava-se completamente abandonada. Manoel Hermogenes Vidal afirmou que a Empresa não era outra coisa senão uma dependência da casa do Sr. Bygton de São Paulo (provavelmente o diretor da empresa) e que explorava muito os munícipes.<sup>489</sup> A companhia já apresentara problemas durante a construção da rede de abastecimento de água. Prazos não foram cumpridos, contratos precisaram ser alterados e várias prorrogações tiveram que ser concedidas por parte do município.<sup>490</sup> Em virtude das constantes interrupções o abastecimento da população precisou continuar a ser feito mediante a utilização das fontes e distribuição em pipas<sup>491</sup> e mesmo após a conclusão da instalação da rede de abastecimento de água, a tubulação apresentou inúmeros defeitos técnicos.<sup>492</sup>

A luz também apresentou problemas relativos à cobrança. Muitas pessoas deixavam de usar a luz elétrica, optando pelo querosene em virtude dos preços exorbitantes cobrados pela Empresa de Melhoramentos Urbanos. Comerciantes fechavam as lojas ao anoitecer para não usar a luz elétrica. Conforme memorial publicado pelo jornal *Diário do Comércio* isso deixava a cidade com aspecto decadente, visto que outras cidades do Estado ficavam bem iluminadas à noite. Paranaguá tinha o quilowatt mais caro entre as cidades de Curitiba, Antonina, Lapa, Rio Negro, Teixeira Soares, Piraquara e Palmeira. Uma comissão solicitou à Empresa a redução do preço do quilowatt e o fim da taxa mínima, propondo que cada consumidor pagasse aquilo que efetivamente consumisse.<sup>493</sup> A Empresa de Melhoramentos Urbanos prometeu estudar a questão e fazer coincidir seus interesses com os interesses dos consumidores. Receosa, solicitou aos membros da comissão da Câmara que não promovessem uma campanha contra ela.<sup>494</sup>

Entretanto, a falta de luz tornou-se constante na cidade e a empresa não informava à prefeitura as razões das falhas. Por sua vez, o jornal *Diário do Comércio*, defensor incontestado dos melhoramentos efetuados pela gestão de Caetano Munhoz da Rocha, adotou um tom

<sup>488</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 28 de abril de 1916, n.1267, ano V.

<sup>489</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 6 de maio de 1916, n.1273, ano V.

<sup>490</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 29 de fevereiro de 1912, n.32, ano I.

<sup>491</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 1º de fevereiro de 1912, n.9, ano I.

<sup>492</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 11 de agosto de 1913, n.466, ano II; *Diário do Comércio*, Paranaguá, 18 de agosto de 1913, n.471, ano II; *Diário do Comércio*, Paranaguá, 25 de maio de 1914, n.708, ano III.

<sup>493</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 4 de junho de 1916, n.1307, ano V.

<sup>494</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 30 de junho de 1916, n.1410, ano V.

diplomático alegando não querer fazer oposição à companhia, sem dúvida, por receio de manchar a reputação do ex-prefeito e vice-presidente do Estado.<sup>495</sup> O jornal dessa vez conteve-se, procurando amenizar o discurso antiliberal e as críticas referentes às concessões particulares, endossadas anteriormente por ocasião da finalização da rede de esgoto. Não obstante, o fiscal municipal multou a empresa de melhoramentos em 100 mil réis por ter deixado de fazer a iluminação da cidade no dia primeiro de setembro de 1916. Segundo o fiscal, a subestação estava completamente abandonada. A empresa, sem fornecer maiores detalhes, alegou outros motivos para a interrupção.<sup>496</sup>

Como se observa, apesar do imenso prestígio político de Caetano Munhoz da Rocha, a reforma urbana empreendida durante a sua gestão não se livrou dos conflitos e controvérsias com a população e a empresa responsável pelos serviços de abastecimento de água e fornecimento de luz elétrica. O apoio recebido da imprensa também não foi unânime, pois, conforme veremos na próxima seção, alguns jornais buscaram destacar outros pontos críticos em relação às obras de melhoramentos urbanos.

#### *Oposição e críticas à gestão de Caetano Munhoz da Rocha.*

Em sua principal coluna, o *Diário do Comércio* atacou as críticas referentes às reformas urbanas empreendidas pela gestão de Caetano Munhoz da Rocha publicadas no jornal *A Tribuna*. De acordo com esse jornal “antes do empréstimo se iam fazendo com os recursos próprios os melhoramentos imprescindíveis de que Paranaguá carecia, não se transformando da noite para o dia num jardim de fadas, mas aplicando com critério e medida o produto de suas rendas”. Para o *Diário do Comércio* o empréstimo contraído junto ao governo do estado não oneraria os cofres municipais e sem ele, não seria possível a realização das reformas. O município já tinha um serviço de juros e amortização de outro empréstimo efetuado pela administração anterior que totalizavam 50 contos de réis anuais. O atual empréstimo de 1.200 contos de réis exigiu uma contribuição de 64 contos de réis anuais para cobrir os juros. Com o resgate de apólices e a aplicação do dinheiro emprestado do governo estadual o município, segundo o *Diário*, conseguiu aumentar suas rendas. A rede de esgoto e a reforma do mercado possibilitariam uma arrecadação de aproximadamente 50 contos de réis anuais. Em 1914 o orçamento municipal teve um acréscimo de 36 contos de réis. Nesse aspecto, o *Diário* enfatizava que não havia necessidade de criar novos impostos e onerar a

<sup>495</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 14 de julho de 1916, n.1422, ano V.

<sup>496</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 4 de setembro de 1916, n.1462, ano V.

população como queria dar a entender as notícias veiculadas pela *A Tribuna*. A única contribuição nova criada pela municipalidade teria sido a taxa sanitária, dedicada a financiar a coleta do lixo.<sup>497</sup>

Divergências entre camaristas e o prefeito na aprovação dos orçamentos foram aventadas pelo jornal *A Tribuna* que publicou ainda uma suposta intenção por parte de Caetano em elevar seus subsídios para mais de 300 mil réis. Entretanto, o *Diário do Comércio* propugnava que seu objetivo era diminuir despesas e que chegou, inclusive a solicitar junto à Câmara Municipal a redução dos vencimentos dos funcionários. Até um coreto foi motivo de discórdia entre os dois jornais. O periódico opositor ficou indignado com o valor do coreto da Praça Pires Pardiniho (20 contos de réis) que, conforme o *Diário* custara seis contos de réis e meio e fora adquirido na Fundação Indígena com recursos ordinários da prefeitura. As acusações entre os jornais que, ao fim e ao cabo, representavam um conflito entre grupos políticos antagônicos, diziam respeito também aos processos licitatórios para contratação das empresas executoras das obras de melhoramentos urbanos e da arrematação dos açougues e lojas do novo mercado. O *Diário do Comércio* insistiu no fato de que a construção do cais de desembarque foi feita mediante concorrência pública. Teriam sido apresentadas três propostas, submetidas ao estudo da Seção de Melhoramentos. De acordo com o parecer da Seção, a proposta mais vantajosa ofertou um valor de 22 mil e 500 réis o metro cúbico, mas para *A Tribuna* esse valor teria sido de nove ou sete mil réis. Já a arrematação dos açougues e lojas do novo mercado foi, na concepção dos editores do *Diário*, um notório exemplo da honestidade com que eram realizadas as concorrências públicas em Paranaguá. O Prefeito havia determinado para o açougue n.1 a base de 80 mil réis mensais e para o n.2, 50 mil réis mensais, com a obrigação de vender a carne a preço nunca superior a 700 réis o quilo. Alexandre Guttierrez teria feito o maior lance arrematando os dois açougues por 165 mil e 105 mil réis respectivamente. A população, segundo o jornal, saiu beneficiada com o aumento da renda e a diminuição do preço da carne, vendida até então por 800 a 900 réis o quilo.<sup>498</sup>

Um dia após a publicação da extensa defesa das reformas urbanas realizadas pela gestão de Caetano Munhoz da Rocha por parte do *Diário do Comércio*, o jornal *A Tribuna* disse ter se arrependido das acusações deferidas contra o prefeito, alegando que seu emissário colheu informações em fontes suspeitas.<sup>499</sup> Provavelmente essa fonte era João Guilherme Guimarães, pois uma nota divulgada pelo *Diário do Comércio* acusava o coronel de publicar

<sup>497</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 17 de dezembro de 1914, n.871, ano III.

<sup>498</sup> Idem.

<sup>499</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 18 de dezembro de 1914, n.872, ano III.



anonimamente no jornal *A Tribuna*, críticas à administração de Caetano.<sup>500</sup> Conforme o camarista Anibal Dias de Paiva, João Guilherme Guimarães deu uma entrevista ao *Diário da Manhã* afirmando que canalização de água e esgoto eram obras de luxo e que o prefeito, em sua ânsia por glória estava onerando o povo com impostos.<sup>501</sup> Caso as afirmações de Anibal Dias de Paiva fossem verdadeiras elas eram contraditórias, pois João Guilherme Guimarães tentou realizar os serviços de canalização de água e esgoto em sua gestão sem obter sucesso. Certamente o coronel criticava seu adversário pelas glórias que, desejava terem sido para si.

Desde o início dos anos 1910 João Guilherme Guimarães e Caetano Munhoz da Rocha competiam pelo comando do Partido Republicano Paranaense (PRP) em Paranaguá. Em 1912 uma cisão entre os correligionários daquele partido no município levou à formação de duas facções dentro do diretório do partido, lideradas por João Guilherme Guimarães e Caetano Munhoz da Rocha. Em convenção o PRP nomeou uma Comissão de cinco membros para por fim a esse conflito. Como Guimarães e Munhoz da Rocha se recusaram a fazer um acordo, a Comissão decidiu que a facção do segundo era o legítimo gestor do PRP em Paranaguá. Essa decisão foi tomada mediante o número de eleitores que participaram da escolha dos diretórios. O diretório de Caetano recebeu 137 votos contra 84 votos do diretório de Guimarães. Assim, Caetano concentrou a presidência do diretório municipal junto com a chefia do poder executivo. Derrotado, restou a João Guilherme Guimarães fazer oposição ao partido e aos políticos situacionistas. Por sua vez, conforme observa Gomes, a ascensão de Caetano Munhoz da Rocha simbolizou a concretização de um processo de substituição gradual do grupo de negociantes que controlava a vida partidária na região litorânea e que já podia ser notado desde a instauração da República.<sup>502</sup>

O presidente da Câmara José Gonçalves Lobo, que assumiu a prefeitura após Caetano renunciar ao cargo em novembro de 1915, assinalou que durante a gestão de João Guilherme Guimarães (1892-1900) foram criados muitos impostos, como por exemplo, pescados, expediente, licenças sobre lanchas e navios, cais, exportação e ancoradouro, cuja execução fora vetada pelo Governo do Estado por inconstitucionalidade. Essas afirmações não condizem com as reclamações de João Guilherme Guimarães em relação à autonomia do município. A constituição de 1891 também nada diz sobre a competência das municipalidades para criar impostos. Entretanto, José Gonçalves Lobo considerou um absurdo o fato de alguém sob o pseudônimo *Justus* escrever nos jornais que a administração de Caetano Munhoz da Rocha era uma administração fiteira, isto é, exibicionista. Na opinião de José

<sup>500</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 25 de maio de 1915, n.998, ano IV.

<sup>501</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 2 de junho de 1915, n.1005, ano IV.

<sup>502</sup> GOMES, Sandro Aramis Richter. *op. cit.*, pp.541-574.

Gonçalves Lobo, Caetano abriu a Avenida que liga o Porto D. Pedro II ao Rocio com recursos próprios da renda ordinária da Câmara; saneou a Praça Eufrásio Correia, também com recursos próprios. A Praça Eufrásio Correia foi inaugurada durante a visita do governador do Estado do Paraná, Carlos Cavalcanti. O prefeito construiu ainda a Avenida Marquez do Herval, ligando a cidade ao porto e ao Rocio; saneou a Praça João Gualberto, antes um potente foco de miasmas; revitalizou a Praça João Guilherme; ergueu novo mercado e reformou o antigo, além das obras de rede de esgoto e água. Segundo José Gonçalves Lobo, todas essas obras teriam sido inauguradas com discrição e o antigo prefeito, João Guilherme Guimarães, inaugurara a 19 de março de 1893 obras que nunca concluiu, como a Praça João Guilherme, Praça Ubaldino e o Boulevard Serzedello.<sup>503</sup>

As reformas urbanas realizadas em Paranaguá na passagem do século XIX para o XX não se concretizaram sem conflitos, embaraços e negociações. Os problemas de ordem sanitária e a ideologia do progresso científico, assim como os anseios de se civilizar à luz da modernidade difundida pelos grandes centros urbanos europeus foram importantes estímulos para a realização dos melhoramentos urbanos. Entretanto, conforme visto ao longo deste capítulo, o centro das discussões, não foram essas questões. O orçamento municipal não era suficiente para a realização das obras. O apoio do governo estadual mostrou-se indispensável para a captação dos recursos necessários que viabilizassem as reformas. João Guilherme Guimarães não teve habilidade suficiente para convencer os grupos dirigentes estatais a apoiarem os melhoramentos propostos durante sua gestão. As críticas à atuação dos governadores, à limitada autonomia do município e os conflitos decorrentes de sua participação em associações comerciais inviabilizaram a colaboração por parte do Estado. O grupo político do coronel Guimarães já vinha perdendo prestígio desde a instauração da República. Gradualmente o controle da vida partidária na região litorânea foi transferido para novos grupos sociais que emergiam naquele contexto. Essa mudança se concretizou com a ascensão de Caetano Munhoz da Rocha em uma conjuntura na qual os aparatos estatais passaram por ampla reestruturação e novos atores surgiram em cena, como a personagem do médico-político. Como um dos políticos paranaenses mais proeminentes da Primeira República, Caetano, ao assumir a prefeitura de Paranaguá, conseguiu o apoio necessário para a contratação de um empréstimo junto ao governo do Estado e assim viabilizou os principais melhoramentos sanitários demandados pela população, isto é, a canalização de água e esgotos. Portanto, as reformas urbanas realizadas em Paranaguá no final do século XIX e início do XX

---

<sup>503</sup> *Diário do Comércio*, Paranaguá, 3 de junho de 1915, n.1006, ano IV.

revelaram como relações humanas, sociais e de poder afetaram diretamente o desenvolvimento das políticas sanitárias.

## Considerações finais

Conforme ressaltado no segundo capítulo, as províncias possuíam autonomia tributária e suas despesas estavam concentradas principalmente em setores como infraestrutura e obras públicas. De acordo com a literatura consultada, as despesas do governo central estavam associadas a interesses agrários, isto é, à economia cafeeira de exportação. Os gastos com saúde pública oscilavam conforme a ocorrência de surtos epidêmicos. A falta de verba dificultou a realização de políticas de saúde pública nas cidades litorâneas do Paraná, mas não foi um problema incontornável, uma vez que esses recursos podiam ser mobilizados em função das negociações e acordos firmados mediante as relações sociais e de poder que se estabeleciam entre os mais diferentes grupos políticos. O quadro de receitas e despesas da província paranaense, analisado no segundo capítulo, deixou claro que a saúde pública não foi prioridade do governo. Mas isso não se deu em razão dos constantes déficits enfrentados pela província e sim porque não havia coesão e consenso entre os agentes que controlavam esses recursos.

Ao longo desta pesquisa foi possível constatar ainda que as doenças e epidemias ocorridas no Brasil após 1850 foram decorrentes, entre outros fatores, da intensificação das mobilidades humanas que produziram grandes desafios às políticas de saúde pública do país. No Paraná, o porto de Paranaguá foi o principal alvo das ações sanitárias em virtude do constante fluxo de embarcações que lá atracavam oriundas das mais diversas regiões do mundo. A febre amarela chegou ao litoral paranaense em navios com pessoas infectadas a bordo e grassou de forma epidêmica em Paranaguá nos anos 1857 e 1878. O surto de varíola, ocorrido no ano de 1863, na mesma cidade, teve como foco inicial um iate procedente de Laguna, Santa Catarina. A ameaça do cólera, por sua vez, não provinha apenas dos portos da costa litorânea. Em 1887 foram formados cordões sanitários no interior da Província paranaense, mais especificamente entre as localidades de Erê e Pirahy, onde havia um pequeno porto à margem do rio Paraná. As duas regiões estavam situadas aproximadamente 100 km da divisa com a República Argentina. A população de Erê e Pirahy mantinha comunicação permanente com aquele país mediante os ervais de São Pedro e o grande receio do governo provincial era que o cólera chegasse ao município de Guarapuava na região Centro-Sul.

O aumento da interdependência humana trouxe consigo algumas consequências negativas, tais como a propagação de microrganismos responsáveis pela eclosão de surtos epidêmicos. Obstáculos humanos e sociais dificultaram a aplicação do que havia de mais

adequado e avançado cientificamente no combate a doenças como febre amarela, varíola e cólera na cidade de Paranaguá. A generalização da vacina antivariólica, conforme visto no terceiro capítulo, sofreu resistência significativa por parte da população local. O aumento do número de indivíduos lancetados ocorria somente nos momentos de crise epidêmica. As distintas concepções de cura, bem como, a inserção nos níveis sociais mais inferiores da sociedade faziam com que muitas pessoas buscassem solução para seus problemas de saúde junto a terapeutas populares. Os conflitos decorrentes dessas relações sociais e humanas também puderam ser observados no que diz respeito às quarentenas. Embora países como a Inglaterra desconfiassem de sua eficácia, no Brasil e, sobretudo em Paranaguá, ela foi uma das principais medidas sanitárias aplicadas ao longo do século XIX.

Em 1855 o provedor interino de saúde do porto de Paranaguá, Theodoro Reichert, resolveu adotar um regime rigoroso de quarentena e dividir o núcleo urbano da cidade em sete distritos, contendo, cada distrito, um aspersor ao custo de 30 mil réis mensais a unidade. Esta e outras medidas, como as quarentenas impostas por Reichert, chamaram a atenção do capitão do porto que reclamou das ações do médico alemão junto ao Ministério da Marinha. O Ministério do Império resolveu então realizar uma investigação na Inspetoria de Saúde de Paranaguá. Reichert não foi demitido de imediato, pois não havia médico para substituí-lo.

O caso de Theodoro Reichert revelou não apenas como conflitos decorrentes das relações de poder prejudicaram as ações sanitárias no litoral paranaense, mas também a falta de consenso em torno das teorias médicas vigentes àquele tempo. Dois dias após sua nomeação como provedor interino, o médico alemão colocou embarcações em quarentena e ordenou que correspondências permanecessem em observação antes de seguirem para desinfecção. Por outro lado, em conjunto com a Comissão extraordinária de saúde pública, defendeu medidas higienistas como limpeza de ruas, remoção de lixo e dessecação de pântanos. As próprias ações de prevenção sanitária do governo paranaense tiveram caráter ambíguo do ponto de vista científico, ou seja, ora respaldavam-se na teoria do contágio, ora na teoria dos miasmas. As duas teorias coexistiram ao longo do século XIX e mesmo após o advento da bacteriologia continuaram a influenciar as ações de prevenção sanitária no país. Outro caso examinado ao longo desta pesquisa e que demonstrou como no Brasil não se aplicavam medidas sanitárias rigidamente enquadradas no interior de determinados modelos específicos foi a aflição coletiva diante do charque estragado importado da Argentina e Uruguai.

A medida mais controversa e polêmica e, ao mesmo tempo, a mais utilizada ao longo do século XIX foi a quarentena. Elas não traziam embaraços somente aos comerciantes

navais, mas também aos médicos responsáveis por sua aplicação. Em 1879 um edital em forma de pasquim criticando as ações tomadas pelo inspetor de saúde chegou a ser fixado na parede do lazareto da Ilha das Cobras. As pressões e exigências por soluções imediatas eram constantes e elas partiam tanto da população, tripulantes, passageiros, delegados de polícia, capitães do porto, presidentes de província e ministros. A coação a médicos e inspetores de saúde causaram embaraços às práticas sanitárias, sobretudo quando ainda não havia consenso em relação à etiologia e quadro sintomatológico de doenças como a febre amarela, impossibilitando a afirmação de diagnósticos precisos.

A discórdia entre o delegado de polícia e o inspetor de saúde referente a uma imigrante russa pode ser interpretado como um exemplo relativo ao modo pelo qual essas pressões ocorreram. O delegado, Agostinho Antonio Pereira Alves, afirmava que o inspetor de Saúde era irresoluto e tratava com desleixo os negócios públicos. O delegado considerou absurda a proposta do inspetor de criar uma enfermaria provisória e um lazareto específico para imigrantes russos. O delegado denunciou ainda o envio de cadáveres ao cemitério sem os cuidados básicos exigidos pela higiene. Em sua visão, a população teria motivos de sobra para entrar em pânico, ainda mais quando grande número de russos, conforme sua concepção, miseráveis, imundos e ociosos, vagava pelas ruas da cidade e o inspetor, que não acatava seus conselhos, se recusava a por em prática as ações recomendadas pela ciência. O falecimento da enferma russa repercutiu em um periódico denominado “Cruzeiro”, onde uma nota foi publicada criticando o governo da província pelo incidente. Conforme visto no terceiro capítulo, o médico José Pereira Rego afirmava que os serviços de saúde realizados em conjunto com a polícia não geravam conflitos durante os períodos normais. Porém, durante as quadras epidêmicas, essa união poderia afetar o bom desempenho dos serviços sanitários.

Outro acontecimento que evidenciou como relações humanas e de poder afetaram as políticas sanitárias foi o fechamento do lazareto da Ilha das Cobras em 1857, após Henrique da Cunha Moreira ter declarado controlada a febre amarela em Paranaguá. Moreira tentou argumentar que aquele espaço não poderia ser fechado enquanto reinasse qualquer espécie de epidemia na Corte. O médico ficou receoso com a dispensa do enfermeiro, em razão da enorme dificuldade em encontrar esses profissionais na região, indicando como a organização sanitária e os grupos que nela atuavam e que dela dependiam não constituíam esferas autônomas e independentes, mas sim elementos integrados no interior de uma mesma teia de interdependências. Essas relações de dependências recíprocas também foram importantes para a criação das comissões sanitárias que dependiam da anuência dos presidentes de província, e contavam com indivíduos de áreas profissionais distintas. Em Paranaguá essas comissões

foram formadas por juízes de direito, inspetores de saúde, delegados de polícia e capitães do porto. Embora tivessem caráter provisório, elas foram cruciais para o enfrentamento das epidemias e a melhoria das condições de saúde e higiene da população local.

Em relação ao aspecto emergencial e pontual dos serviços de saúde pública no Brasil imperial e em grande parte da Primeira República a pesquisa confirmou, em partes, a hipótese inicial. Embora mudanças para uma política sanitária mais ampla e coletiva tivessem ocorrido de forma geral a partir da década de 1920, a pesquisa revelou, por um lado, que a consciência social em torno dos problemas da interdependência sanitária e a transformação das ações individuais, voluntárias e comunitárias em coletivas e estatais, foram processos que já vinham ocorrendo e, portanto, já podiam ser observados no Brasil imperial, mais especificamente a partir da década de 1850, quando despontaram novos e complexos problemas de ordem sanitária. Diante disso, a principal reação por parte do poder público foi a tentativa de centralizar os serviços de saúde (antes concentrados no âmbito das municipalidades) mediante a criação da Junta Central de Higiene Pública. Ao longo do governo imperial o arranjo sanitário foi constantemente reestruturado com o argumento da necessidade de se estabelecer vínculos mais estreitos entre serviços de saúde dos portos e vacinação, bem como, entre repartições centrais e regionais. Por outro lado, as reformas urbanas realizadas nas principais cidades dos estados brasileiros ao longo da Primeira República, com instalações de redes generalizadas de abastecimento de água e esgoto podem ser consideradas etapa fundamental na constituição de um modelo extensivo, permanente e preventivo de saúde pública no país.

A falta de coesão entre as oligarquias dominantes impossibilitou a finalização das obras de saneamento da cidade de Paranaguá ainda no século XIX. Embora o fortalecimento dos comerciantes ervateiros e a ascensão de novos grupos sociais no Paraná já tivessem estimulado algumas transformações urbanas no início da segunda metade do século XIX, as principais reformas pelas quais passaram as cidades de Curitiba e Paranaguá só se concretizaram na segunda década do século XX, durante as respectivas gestões dos prefeitos Cândido de Abreu (1913-1916) e Caetano Munhoz da Rocha (1908-1915). Em Paranaguá o coronel João Guilherme Guimarães tentara, durante sua gestão (1892-1900) implantar uma rede de abastecimento de água e coleta de esgotos. Porém, o alto custo do empreendimento, os limitados recursos financeiros do município e a incapacidade de Guimarães em arregimentar o apoio do governo estadual inviabilizaram a realização das obras de saneamento urbano. Ao contrário de determinadas oligarquias nordestinas (pré-1910), Guimarães buscou incentivar a modernização do município e a melhora das condições sanitárias da população. Mas, como visto no quarto capítulo, não bastava uma reestruturação

econômica ou a mudança de hábitos e costumes dos grupos sociais dominantes ou em ascensão para que os melhoramentos urbanos se efetivassem. Além de uma elite esclarecida era preciso também consenso político para a aprovação dos projetos e, sobretudo, capacidade de persuasão para criar esse consenso e captar os recursos econômicos necessários para a realização das obras. No Paraná, a obtenção desses recursos só foi possível por meio de empréstimos obtidos junto ao governo estadual. De forma mais específica, a coesão política necessária para as reformas de Paranaguá só foi alcançada com a ascensão ao poder executivo do médico Caetano Munhoz da Rocha. Portanto, assim como as medidas de saúde pública para o enfrentamento de doenças como febre amarela, cólera e varíola, as reformas urbanas realizadas em Paranaguá foram, ora obstadas, ora viabilizadas em função das relações humanas e de poder estabelecidas entre diferentes grupos sociais.



## Fontes e Referências Bibliográficas

### Fontes impressas

### Legislação Nacional

#### Alvarás

BRASIL. Alvará de 23 de novembro de 1808. Manda executar os regimentos de Físico-mor e Cirurgião-mor e regula a sua jurisdição e de seus delegados. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1808*, vol. I, p. 163, (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/alvara/antioresa1824/alvara-40268-23-novembro-1808-572452-publicacaooriginal-95559-pe.html>> Acessado em: 28 de março de 2015.

BRASIL. Alvará de 22 de janeiro de 1810. Dá regimento ao Provedor Mór de Saúde. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1810*, vol. I, p.17, (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/alvara/antioresa1824/alvara-39909-22-janeiro-1810-570996-publicacaooriginal-94091-pe.html>> Acessado em: 28 de março de 2015.

BRASIL. Alvará de 22 de janeiro de 1810. Dá regimento aos Delegados do Físico-mor e estabelece providencias sobre a saúde pública. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1810*, vol. I, p.7, (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/alvara/antioresa1824/alvara-39909-22-janeiro-1810-570996-publicacaooriginal-94091-pe.html>> Acessado em: 28 de março de 2015.

BRASIL. Alvará de 24 de julho de 1815. Declara as funções dos Guardas-Mores de Saúde, como Delegados do Provedor-Mor. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1815*, vol. I, p.39, (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/alvara/antioresa1824/alvara-39537-24-julho-1815-569894-publicacaooriginal-93074-pe.html>> Acessado em: 28 de março de 2015.

#### Decretos

BRASIL. Decreto de 28 de julho de 1809. Cria o lugar de Provedor-Mor da Saúde. *Coleções de leis do Império do Brasil de 1809*, vol. I, p.125, (publicação original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/sn/antioresa1824/decreto-40090-28-julho-1809-571826-publicacaooriginal-94954-pe.html>> Acessado em: 28 de março de 2015.

BRASIL. Decreto n. 268 de 29 de janeiro de 1843. Contém o regulamento das Inspeções de Saúde dos Portos. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1843*, vol. I, p.30, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-268-29-janeiro-1843-560754-publicacaooriginal-83915-pe.html> > Acessado em: sete de abril de 2015.

BRASIL. Decreto n. 464 de 17 de agosto de 1846. Manda executar o regulamento do Instituto Vacínico do Império. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1846*, vol. I, p.86, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-464-17-agosto-1846-560509-publicacaooriginal-83551-pe.html> > Acessado em: sete de abril de 2015.

BRASIL. Decreto n.828 de 29 de setembro de 1851. Manda executar o regulamento da Junta de Higiene Pública. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1851*, vol. I, p.259, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html> > Acessado em: sete de abril de 2015.

BRASIL. Decreto n. 2.052 de 12 de dezembro de 1857. Aprova o regulamento desta data, pelo qual se alteram algumas disposições da Junta Central de Higiene Pública de 29 de setembro de 1851. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1857*, vol. I, p.492, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2052-12-dezembro-1857-558221-publicacaooriginal-79207-pe.html> > Acessado em: sete de abril de 2015.

BRASIL. Decreto n. 2.416 de 30 de abril de 1859. Dá novo regulamento ao Hospital Marítimo de Santa Isabel. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1858 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da décima legislatura pelo ministro e Secretario de Estado dos Negócios do Império Sérgio Teixeira de Macedo*. Rio de Janeiro: Tipografia Universal de Laemmert, 1859, Anexo H, pp.1 -11. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

BRASIL. Decreto n. 8.387 de 19 de janeiro de 1882. Manda observar o regulamento para o serviço da saúde pública. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1882*, vol. I, p.97, (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-8387-19-janeiro-1882-544934-publicacaooriginal-56615-pe.html>> Acessado em: sete de abril de 2015.

BRASIL. Decreto n. 9.554, de 3 de fevereiro de 1886. Reorganiza os serviços sanitários do Império. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1886*, vol.1, p.57 (publicação original). Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9554-3-fevereiro-1886-543197-publicacaooriginal-53270-pe.html>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

BRASIL. Decreto n. 10.319 de 22 de agosto de 1889. Manda executar o Regulamento Sanitário Internacional para a execução da Convenção sanitária celebrada entre o Brasil, a República Argentina e a República Oriental do Uruguai. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1889*, vol. II, parte II, p.175, (publicação original). Disponível em:< <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-10319-22-agosto-1889-542669-publicacaooriginal-51896-pe.html> > Acessado em: dezenove de julho de 2015.

## Leis

BRASIL. Lei de 30 de agosto de 1828. Extingue os lugares de Provedor-mor, Físico-mor e Cirurgião-mor do Império, passando para as Câmaras Municipais e Justiças ordinárias as atribuições que lhes competiam. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1828*, vol. I, p.27, (publicação original). Disponível em:<[http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei\\_sn/1824-1899/lei-38197-30-agosto-1828-566168-publicacaooriginal-89805-pl.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38197-30-agosto-1828-566168-publicacaooriginal-89805-pl.html)> Acessado em: 28 de março de 2015.

BRASIL. Lei de 1º de outubro de 1828. Dá nova forma às Câmaras Municipais, marca suas atribuições, e o processo para sua eleição, e dos Juízes de Paz. *Coleção de leis do Império do Brasil de 1828*, vol. I, p.74, (publicação original). Disponível em: <[http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei\\_sn/1824-1899/lei-38281-1-outubro-1828-566368-publicacaooriginal-89945-pl.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38281-1-outubro-1828-566368-publicacaooriginal-89945-pl.html)> Acessado em: 28 de março de 2015.

PARANÁ. Lei n.261 de 27 de dezembro de 1897. Regulamenta o serviço sanitário do Estado. In: Leis, decretos e regulamentos do Estado do Paraná. Curitiba: Tipografia d' A República, 1898.

## Relatórios do Ministério do Império

ANDRADE, Nuno de. Pareceres sobre a localidade mais apropriada para o estabelecimento de um lazareto nas proximidades do porto do Rio de Janeiro. Relatório enviado em 11 de agosto de 1884 pela Inspeção de Saúde do Porto do Rio de Janeiro ao Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império Filipe Franco de Sá. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1884 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima nona legislatura pelo Ministro e Secretario de Estado dos Negócios do Império João Florentino Meira de Vasconcellos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1885. Anexo F6, pp.1-2. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1832 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na sessão ordinária de 1833 pelo respectivo ministro e*

*secretário de Estado Nicolau Pereira de Campos Vergueiro*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1833. Disponível em: < <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/ul703/000019.html> > Acessado em: 13 de abril de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império referente ao ano de 1833 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na sessão ordinária de 1834, pelo respectivo ministro e secretário de Estado Antonio Pinto Chichorro da Gama*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1834. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império referente ao ano de 1837 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na sessão ordinária de 1838, pelo respectivo ministro e secretário de Estado interino Bernardo Pereira de Vasconcellos*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1838. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império referente ao ano de 1838 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na sessão ordinária de 1839, pelo ministro e secretário de Estado Interino dos Negócios do Império Francisco de Paula de Almeida e Alburquerque*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1839. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos Negócios do Império referente ao ano de 1846 apresentado á Assembleia Geral Legislativa na quarta sessão ordinária da sexta legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado Joaquim Marcellino de Brito*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1847. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio> > Acessado em: 17 de junho de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império referente ao ano de 1848 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da oitava legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado Visconde de Monte Alegre*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1850. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1850 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da oitava legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado José da Costa Carvalho*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1851. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1850 apresentado á Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da oitava legislatura pelo ministro e secretário de Estado dos Negócios do Império Visconde de Monte Alegre*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1851. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio> > Acessado em: 17 de junho de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1852 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da nona legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado Francisco Gonçalves Martins*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1851. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1854 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da nona legislatura pelo ministro e secretário de Estado dos Negócios do Império Luiz Pedreira do Coutto Ferraz*. Rio de Janeiro: Tipografia Universal de Laemmert, 1855. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1858 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da décima legislatura pelo respectivo*

*ministro e secretário de Estado Sérgio Teixeira de Macedo*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1859, anexo H.

BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1859 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na quarta sessão da décima legislatura pelo ministro e Secretario de Estado dos Negócios do Império João de Almeida Pereira Filho*. Rio de Janeiro: Tipografia Universal de Laemmert, 1860. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1860 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima primeira legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado José Antonio Saraiva*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1861. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 16 de abril de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1861 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na segunda sessão da décima primeira legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado José Antonio Saraiva*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1862. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1869 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na segunda sessão da décima quarta legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado Paulino José Soares de Souza*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1870. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1870 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na terceira sessão da décima quarta legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado João Alfredo Correia de Oliveira*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1871. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1876 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima sexta legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado José Bento da Cunha e Figueiredo*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1877, anexo F3. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1881 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima oitava legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado Manoel Pinto de Souza Dantas*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1888, anexo I. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

COSTA, Bento Maria da. Relatório acerca das medidas mais importante a tomar-se, obras de maior urgência e trabalhos que foram executados pelo Hospital Marítimo de Santa Isabel no ano de 1856 apresentado à Comissão Sanitária do porto pelo dr. Bento Maria da Costa. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1856 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima legislatura pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império Luiz Pedreira do Couto Ferraz*. Rio de Janeiro: Tipografia Universal de Laemmert, 1857, Anexo H. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

COSTA, Bento Maria da. Relatório do diretor do Hospital Marítimo de Santa Isabel dirigido à Comissão Administrativa do mesmo. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1857 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na segunda sessão da décima legislatura pelo ministro e secretário de Estado dos Negócios do Império Marquês de Olinda*. Rio de Janeiro: Tipografia Universal de Laemmert, 1858, Anexo F, pp.7 -14. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.



FREITAS, Antônio de Paula. Lazareto do Rio de Janeiro: Relatório apresentado em seis de setembro de 1884 a S. Ex. o Sr. Conselheiro dr. Filipe Franco de Sá, Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império, pelo dr. Antonio de Paula Freitas. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1884 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima nona legislatura pelo Ministro e Secretario de Estado dos Negócios do Império João Florentino Meira de Vasconcellos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1885. Anexo F6, p.14. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

HOONHOLTZ, Antônio Luís Von. Pareceres sobre a localidade mais apropriada para o estabelecimento de um lazareto nas proximidades do porto do Rio de Janeiro. Relatório enviado em 28 de agosto de 1884 ao Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império Filipe Franco de Sá. In: BRASIL. *Relatório referente ao ano de 1884 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima nona legislatura pelo Ministro e Secretario de Estado dos Negócios do Império João Florentino Meira de Vasconcellos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1885. Anexo F6, p.3. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/ministerial/imperio>> Acessado em: 21 de julho de 2015.

REGO, José Pereira. Relatório da Junta Central de Higiene Pública. In: BRASIL. *Relatório da repartição dos negócios do Império do ano de 1884 apresentado à Assembleia Geral Legislativa na primeira sessão da décima nona legislatura pelo respectivo ministro e secretário de Estado João Florentino Meira de Vasconcellos*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1885, anexo F, p. 2.

## Legislação Provincial

### Decretos e regulamentos

PARANÁ. Decreto n.44. Posturas da Câmara Municipal de Paranaguá. *Coleções das Leis, Decretos, Regulamentos e Deliberações do Governo da Província do Paraná*. Tomo V. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1858.

PARANÁ. Regulamento para a vacinação obrigatória. 10 de fevereiro de 1863. *Leis, Decretos e Regulamentos da Província do Paraná*. Tomo X. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1863.

PARANÁ. Decreto n.488 de 13 de abril de 1877. Posturas da Câmara Municipal de Paranaguá. *Coleções das Leis, Decretos, Regulamentos e Deliberações do Governo da Província do Paraná*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. M. Lopes, 1877.

### Relatórios e mensagens de presidentes e vice-presidentes da Província do Paraná

LINS, Adolpho Lamenha. *Relatório apresentado á Assembléia Legislativa do Paraná*. Província do Paraná, Typ. da Viuva Lopes, 1877. Disponível em: <<http://www.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acesso em: 01 de fevereiro de 2016.

MENEZES, Rodrigo Octávio de Oliveira. *Relatório apresentado à Assembléia Legislativa do Paraná*. Província do Paraná, 1878. Disponível em: <<http://www.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acesso em: 01/02/2016.

PARANÁ. *Relatório do presidente da província do Paraná, o conselheiro Zacarias de Góes e Vasconcellos, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 15 de julho de 1854*. Curitiba: Tipografia Paranaense de Cândido Martins Lopes, 1854. Disponível em: <<http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 13 de abril de 2015.

PARANÁ. *Relatório do Estado da Província do Paraná apresentado ao vice-presidente Henrique de Beaurepaire Rohan pelo vice-presidente Theofilo Ribeiro Rezende por ocasião de lhe entregar a administração da mesma província*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C.

Martins Lopes, 1855. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 13 de abril de 2015.

PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Paraná no dia primeiro de março de 1856 pelo vice-presidente em exercício Henrique de Beaurepaire Rohan*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1856. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 17 de junho de 2015.

PARANÁ. *Relatório apresentado ao excelentíssimo senhor doutor Francisco Liberato de Mattos muito digno presidente da Província do Paraná pelo segundo vice-presidente José Antonio Vaz de Carvalhaes sobre o estado da administração da mesma província no ano de 1857*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1858. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 16 de abril de 2015.

PARANÁ. *Relatório referente ao ano de 1859 do presidente da Província do Paraná Francisco Liberato de Mattos na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 7 de janeiro de 1859*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1859. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 16 de abril de 2015.

PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa da Província do Paraná na abertura da primeira sessão da quarta legislatura pelo presidente José Francisco Cardoso, no dia primeiro de março de 1860*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1860. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 01 de junho de 2015.

PARANÁ. *Relatório que o Exm. Sr. Dr. José Francisco Cardoso apresentou ao Exm. Sr. Dr. Antonio Barbosa Gomes Nogueira por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná*. Curitiba: Tipografia do Correio Oficial, 1861. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 17 de junho de 2015.

PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa da Província do Paraná na abertura da primeira sessão da quinta legislatura pelo Exm. Sr. Dr. Antonio Barbosa Gomes Nogueira, no dia quinze de fevereiro de 1862*. Curitiba: Tipografia do Correio Oficial, 1862. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 01 de junho de 2015.

PARANÁ. *Relatório referente ao ano de 1863 apresentado à Assembleia Legislativa da Província do Paraná pelo presidente Antonio Barbosa Gomes Nogueira na abertura da segunda sessão da quinta legislatura em 15 de fevereiro de 1863*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1863. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 16 de abril de 2015.

PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Paraná pelo primeiro vice-presidente, Sebastião Gonçalves da Silva, na abertura da primeira sessão da sexta legislatura em 21 de fevereiro de 1864*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1864. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 15 de janeiro de 2016.

PARANÁ. *Relatório do presidente da Província do Paraná o doutor André Augusto de Paula Fleury na abertura da segunda sessão da sétima legislatura em 21 de março de 1865*. Curitiba: Tipografia Paranaense de C. Martins Lopes, 1865. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acessado em: 15 de janeiro de 2016.

PARANÁ. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa do Paraná pelo presidente da Província excelentíssimo senhor Dr. Rodrigo Octávio de Oliveira Menezes no dia 9 de abril de 1878*. Curitiba: Tipografia da Viúva Lopes, 1878. Disponível em: < <http://www.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1> > Acesso em: 01/02/2016.

PARANÁ. *Mensagem do Governador do Estado, Francisco Xavier da Silva, enviada e lida perante o Congresso Legislativo do Paraná em quatro de outubro de 1892*. Curitiba, 1892, p.

12. Disponível em: < <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/paran%C3%A1>> Acessado em: 17 de junho de 2015.

### **Relatório da Província de Pernambuco**

PERNAMBUCO. *Relatório do estado sanitário da Província de Pernambuco no ano de 1856 apresentado pela Comissão de Higiene Pública da mesma*. Pernambuco: Tipografia D.F. Faria, 1857.

### **Atas da Câmara Municipal de Paranaguá**

PARANAGUÁ. Atas da Câmara Municipal. Sessões de 16 e 24 de abril, 1879.  
 PARANAGUÁ. Atas da Câmara Municipal. Sessões de 16 de abril e 30 de junho, 1879.  
 PARANAGUÁ. Atas da Câmara Municipal. Sessão de 3 junho, 1879.  
 PARANAGUÁ. Atas da Câmara Municipal. Sessão de 24 de novembro, 1879.  
 PARANAGUÁ. Atas da Câmara Municipal. Sessão de 9 de dezembro, 1914.

### **Livros e artigos**

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular e das ciências acessórias para uso das famílias contendo a descrição das causas, sintomas e tratamento das moléstias; as receitas para cada moléstia; as plantas medicinais e alimentícias; as águas minerais do Brasil, de Portugal e de outros países. E muitos conhecimentos úteis*. 6.ed. v.II. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890.  
 REIS, Trajano Joaquim dos. *Elementos de higiene social*. 1.ed. Curitiba: Tipografia e Litografia da Companhia Impressora Paranaense, 1894.  
 REGO, José Pereira. Consideração sobre alguns objetos relativos à higiene pública. *Revista Médica Fluminense*, v.6, n.2, 1840.  
 \_\_\_\_\_. *Memória histórica das epidemias da febre amarela e cólera morbo que tem reinado no Brasil pelo dr. José Pereira Rego*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1873.  
 SANTOS, Antonio Vieira dos. *Memória Histórica de Paranaguá*. vol. I e II. Curitiba: Vicentina, 2001.  
 SIGAUD, J.F.X. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.  
 TORRES HOMEM, João Vicente. *Estudo clínico sobre as febres do Rio de Janeiro*. 2 ed. Rio de Janeiro: Lopes do Couto & C., Editores, 1885.  
 \_\_\_\_\_. *Lições de clínica sobre a febre amarela feitas na Faculdade de medicina do Rio de Janeiro pelo Dr. João Vicente Torres Homem*. Rio de Janeiro: Tipografia de Quirino F. do Espírito Santo, 1873.

### **Recenseamentos**

BRASIL. Ministério da indústria, Viação e Obras Públicas. Diretoria Geral de Estatística. *Sinopse do recenseamento de 31 de dezembro de 1890*. Rio de Janeiro: Oficina da Estatística, 1898, p.82.  
 DGE- Diretoria Geral de Estatística. *Recenseamento geral do império de 1872*. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger; Tip. Comercial, 1876. 23v. Disponível em: < <http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/>> Acesso em: 01/02/2016.  
 Recenseamento geral do Brasil em 1872. Rio de Janeiro: Tipografia G. Leuzinger. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=225477>; Diretoria

Geral de Estatística. População do Brasil por municípios e Estados (1907-1912). Disponível em: <http://seculoxx.ibge.gov.br/populacionais-sociais-politicas-e-culturais/busca-por-temas/populacao.html>.

## Periódicos

*Echo Paraná*. Paranaguá, 22 de fevereiro de 1879, ano I, n.8.  
*Dezenove de dezembro*. Curitiba, quarta-feira, 27 de março de 1878. Ano XXV n.1893.  
*Dezenove de dezembro*. Curitiba, sábado, 23 de março de 1878. Ano XXV n.1894.  
*O Paiz*, Rio de Janeiro, quarta-feira, 24 de março de 1897, ano XIII, n.4555.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 1º de fevereiro de 1912, n.9, ano I.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 29 de fevereiro de 1912, n.32, ano I.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 11 de agosto de 1913, n.466, ano II.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 18 de agosto de 1913, n.471, ano II.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 25 de maio de 1914, n.708, ano III.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 1 de dezembro de 1914, número ilegível, ano III.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 17 de dezembro de 1914, n.871, ano III.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 18 de dezembro de 1914, n.872, ano III.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, quinta-feira, 24 de dezembro de 1914, n.877, ano III.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 31 de dezembro de 1914, n.882, ano III.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 9 de janeiro de 1915, n.890, ano III.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 25 de maio de 1915, n.998, ano IV.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 2 de junho de 1915, n.1005, ano IV.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 3 de junho de 1915, n.1006, ano IV.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 19 de junho de 1915, n.1020, ano IV.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 3 de julho de 1915, n.1032, ano IV.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 23 de agosto de 1915, n.1074, ano IV.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 13 de novembro de 1915, n.1144, ano IV.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, segunda, 15 de novembro de 1915, n.1145, ano IV.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 16 de novembro de 1915, n.1146, ano IV.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 27 de dezembro de 1915, n.1170, ano IV.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 28 de abril de 1916, n.1267, ano V.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 6 de maio de 1916, n.1273, ano V.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 4 de junho de 1916, n.1307, ano V.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 30 de junho de 1916, n.1410, ano V.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 14 de julho de 1916, n.1422, ano V.  
*Diário do Comércio*, Paranaguá, 4 de setembro de 1916, n.1462, ano V.

## Relatórios e mensagens de intendentes e prefeitos municipais

GUIMARÃES, João Guilherme. Relatório apresentado à Câmara Municipal de Paranaguá em sessão de posse de 21 de setembro de 1900. Curitiba: Oficinas do Atelier Novo Mundo, 1900.  
 ROCHA, Caetano Munhoz da. *Mensagem dirigida à Câmara Municipal de Paranaguá pelo Exmo. Snr. Dr. Caetano Munhoz da Rocha, prefeito do município em a primeira sessão ordinária do exercício de 1915*. Curitiba: Tipografia de Casimiro Warchalowski, 1915.

## Fontes manuscritas

### Arquivo Nacional



## **Fundo AA Série Interior**

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Providências propostas pela comissão extraordinária da saúde pública de Paranaguá em 8 de agosto de 1855 para impedir a eclosão de epidemias ou atenuar seus efeitos. Antonio Francisco de Azevedo e Theodoro Reichert. Rio de Janeiro, 1855.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado em 29 de setembro de 1855 pela Capitania do Porto de Paranaguá ao Ministro da Marinha, João Maurício Wanderley. Rio de Janeiro, 1855.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Relatório enviado ao Ministério do Império pelo presidente da Província do Paraná, Henrique B. Rohan em 13 de novembro de 1855. Rio de Janeiro, 1855.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 434 CAIXA 375. Governo da Província do Paraná, 3 de março de 1856. Extrato de relatório lido por ocasião da instalação da Assembleia Legislativa Provincial, referente ao estado de saúde pública da Província do Paraná. Rio de Janeiro, 1856.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado ao Ministério do Império pelo governo da Província do Paraná em 29 de janeiro de 1857 referente à construção de um hospital provisório na localidade de Guaratuba. Rio de Janeiro, 1857.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado pelo governo da Província do Paraná ao Ministro e Secretário de Estado e Negócios do Império, Marquês de Olinda. Rio de Janeiro, 1857.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Lazareto da Ilha das Cobras. Exposição apresentada a sua Excelência o Exm. Sr. Dr. José A. Vaz de Carvalhes, digníssimo presidente do Paraná pelo engenheiro Carlos Stoppani. Rio de Janeiro, 1857.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado em 26 de setembro de 1857 pelo governo da província do Paraná ao Ministro e Secretário de Estado e Negócios do Império, Marquês de Olinda. Rio de Janeiro, 1857.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. José Cândido da Silva Murici. Estatística médica da cidade de Paranaguá, durante o mês de abril de 1857, apresentada pela Comissão extraordinária de Saúde Pública. Paranaguá, 2 de maio de 1857. Rio de Janeiro, 1857.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. José Cândido da Silva Murici. Estatística médica da cidade de Paranaguá durante o mês de maio de 1857, apresentado pela Comissão extraordinária de saúde pública. Paranaguá, 1º de junho de 1857. Rio de Janeiro, 1857.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Relatório apresentado em março de 1857 ao Governo da Província do Paraná pelo provedor de Saúde interino do porto de Paranaguá Henrique da Cunha Moreira. Rio de Janeiro, 1857.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado em 23 de setembro de 1858 pelo governo da província do Paraná ao Ministro e Secretário de Estado e Negócios do Império, Marquês de Olinda. Rio de Janeiro, 1858.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Ofício enviado em 6 de março de 1860 pelo governo da província do Paraná ao Ministro e Secretário de Estado e Negócios do Império, Marquês de Olinda. Rio de Janeiro, 1860.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 429 CAIXA 373. Orçamento realizado pelo delegado Antonio P. da Costa em 21 de fevereiro de 1860 referente à despesa das reformas do Lazareto da Ilha das Cobras da cidade de Paranaguá. Rio de Janeiro, 1860.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 429 CAIXA 373. Ofício de Netto Machado enviado ao Ministério do Império em 22 de março de 1860. Rio de Janeiro, 1860.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 430 CAIXA 373. Ofício redigido pelo fiscal da seção do contencioso da província do Paraná em 15 de janeiro de 1862. Rio de Janeiro, 1862.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 430 CAIXA 373. Relatório do estado sanitário da Província do Paraná enviado ao governo da Província do Paraná pelo inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá, Ricardo Augusto da Silva Rego em 1º de janeiro de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 430 CAIXA 373. Relatório enviado em 14 de maio de 1863 pelo inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá, Ricardo Augusto da Silva Rego, ao presidente da Província do Paraná Antônio Barbosa Gomes Nogueira. Rio de Janeiro, 1863.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 430 CAIXA 373. Relatório da Inspeção de Saúde do Porto de Paranaguá enviado em 14 de maio de 1863 ao governo da Província do Paraná. Rio de Janeiro, 1863.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 430 CAIXA 373. Câmara Municipal de Paranaguá. Caetano de Sousa Pinto, presidente da Câmara Municipal de Paranaguá. Quadro demonstrativo das pessoas afetadas do mal das bexigas na cidade de Paranaguá durante a quadra de 10 de março até 10 de maio de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 430 CAIXA 373. Alexandre Bousquet. Relatório enviado ao médico Olegário Cesar Cabussú em 6 de abril de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 430 CAIXA 373. Olegário Cesar Cabussú. Relatório enviado pelo doutor Olegário Cesar Cabussú ao presidente da província do Paraná, Antonio Barboza Gomes Nogueira em 23 de abril de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 430 CAIXA 373. Alexandre Bousquet. Relatório enviado ao Primeiro Vice-Presidente da Província do Paraná, Sebastião Gonçalves da Silva em 27 de julho de 1863. Rio de Janeiro, 1863.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 430 CAIXA 373. Marquês de Olinda. Relatório enviado ao governo da província do Paraná em 12 de junho de 1863 referente à epidemia de varíola em Paranaguá. Rio de Janeiro, 1863.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 430 CAIXA 373. Breve notícia sobre a inspeção de saúde do porto de Paranaguá durante o ano de 1862 apresentado ao Exm. Sr. Doutor Antonio Barboza Gomes Nogueira, digníssimo Presidente da Província do Paraná pelo inspetor da mesma repartição o Dr. Ricardo Augusto da Silva Rego. Rio de Janeiro, 1863, p.4.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 431 CAIXA 373. Ofício enviado em 20 de maio de 1867 pelo inspetor da Tesouraria da Fazenda ao presidente da Província do Paraná Polidoro César Burlamaque. Rio de Janeiro, 1867.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 431 CAIXA 373. Relatório enviado ao governo da Província do Paraná pelo inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá, Ricardo Augusto da Silva Rego em 20 de janeiro de 1868. Rio de Janeiro, 1868.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 431 CAIXA 373. Documento avulso. Conferido pelo secretário do governo da Província do Paraná Arthur Teixeira de Macedo em 4 de novembro de 1868. Rio de Janeiro, 1868.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJ 9 431 CAIXA 373. Ofício enviado em 7 de março de 1869 pela Inspeção de Saúde Pública de Paranaguá ao presidente da Província do Paraná Antônio Augusto da Fonseca. Rio de Janeiro, 1869.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício enviado em 10 de abril de 1869 pela Tesouraria de Fazenda do Paraná ao presidente da Província do Paraná Antônio Augusto da Fonseca. Rio de Janeiro, 1869.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Relatório enviado em 21 de julho de 1869 pelo inspetor de Saúde Pública de Paranaguá, Alexandre Bousquet, ao presidente da Província do Paraná Antônio Augusto da Fonseca. Rio de Janeiro, 1869.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Documento avulso datado de 1º de julho de 1869. 5º seção do Ministério do Império. Rio de Janeiro, 1869.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício encaminhado ao Ministério do Império pelo governo da Província do Paraná em 29 de janeiro de 1869. Rio de Janeiro, 1869.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício encaminhado em 29 de janeiro de 1869 pela Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá ao presidente da Província do Paraná Antônio Augusto da Fonseca. Rio de Janeiro, 1869.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício encaminhado ao Ministério do Império pelo governo da Província do Paraná em 3 de maio de 1869. Rio de Janeiro, 1869.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Contrato redigido em 3 de março de 1869 pelo guarda e secretário da Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá e assinado por Benedicto José Ferreira, Joaquim Antonio Pereira Alves, Alexandre Bousquet e Francisco Gonçalves de Araújo. Rio de Janeiro, 1869.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 431 CAIXA 373. Ofício encaminhado ao Ministério do Império pelo governo da Província do Paraná em 13 de julho de 1869. Rio de Janeiro, 1869.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 432 CAIXA 374. Despacho. 5º seção do Ministério do Império em nove de outubro de 1873. Rio de Janeiro, 1873.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 432 CAIXA 374. Ofício encaminhado ao presidente da Província do Paraná, Frederico José Cardoso de Araújo Abranches, em 15 de novembro de 1873 pelo inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá Eugenio Guimarães Rebello. Rio de Janeiro, 1873.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 433 CAIXA 374. Ofício encaminhado em 21 de abril de 1876 ao presidente da Província do Paraná pelo inspetor de Saúde do Porto de Paranaguá Leocádio José Correia. Rio de Janeiro, 1876.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 435 CAIXA 375. Antonio Severiano Nunes. Carta dirigida ao presidente da Província do Paraná em 10 de dezembro de 1886. Rio de Janeiro, 1886.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 610 CAIXA 374. Ofício encaminhado pelo governo da Província do Paraná ao Ministério do Império em 13 de dezembro de 1886. Rio de Janeiro, 1886.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 435 CAIXA 375. Carta enviada em 13 de dezembro de 1886 pelo presidente da Província do Paraná, Joaquim de Almeida Faria Sobrinho ao chefe de polícia da localidade de Guaratuba. Rio de Janeiro, 1886.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 435 CAIXA 375. Inspetoria de Higiene Pública do Paraná. Relatório enviado ao presidente da Província Joaquim de Almeida Faria Sobrinho em 31 de janeiro de 1887. Rio de Janeiro, 1887.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR IJJ 9 435 CAIXA 375. Ofício enviado ao governo da Província do Paraná pela Capitania do Porto de Paranaguá em 21 de julho de 1887. Rio de Janeiro, 1887.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 435 CAIXA 375. Relatório enviado pela Tesouraria de Fazenda do Paraná em 4 de maio de 1889 ao presidente da Província Balbino Cândido da Cunha. Rio de Janeiro, 1889.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO AA SÉRIE INTERIOR III 9 435 CAIXA 375. Relatório enviado pelo inspetor de Higiene, José do Rego Raposo, ao governo da Província do Paraná em dois de maio de 1889. Rio de Janeiro, 1889.

### **Fundo B2 Série Marinha**

ARQUIVO NACIONAL FUNDO B2 SÉRIE MARINHA XM1114. Relatório encaminhado em dois de janeiro de 1878 pelo capitão do Porto de Paranaguá, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, ao presidente da Província do Paraná. Rio de Janeiro, 1878.

ARQUIVO NACIONAL FUNDO B2 SÉRIE MARINHA XM1114. Relatório encaminhado em dez de outubro de 1881 pelo capitão do Porto de Paranaguá, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, ao Ministro da Marinha, José Rodrigues de Lima Duarte. Rio de Janeiro, 1881.

### **Fundo B5 Série Marinha**

ARQUIVO NACIONAL FUNDO B5 SÉRIE MARINHA XM 54. Relatório do estado da Província do Paraná de 1859 apresentado ao presidente, José Francisco Cardoso, pelo vice-Presidente, Luiz Francisco da Camara Leal, por ocasião de lhe entregar a administração da mesma Província. Rio de Janeiro, 1859, p.3.

### **Arquivo Público do Estado do Paraná**

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 328 volume 5. Seção da Contadoria da Tesouraria da Fazenda da Província do Paraná. Quadro demonstrativo dos navios estrangeiros entrados e saídos no porto de Paranaguá, Província do Paraná, no exercício de 1868 a 1869, e primeiro semestre do exercício de 1869 a 1870. Curitiba, 1870.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 459, Arquivo IJIP vol.4, ofícios. Relatório da inspetoria de saúde do porto do Paraná apresentado a V. Exa o Senhor presidente da Província dr. Frederico José Cardoso de Araújo Abranches pelo inspetor de saúde dr. Leocádio José Correia. Curitiba, 1875.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 512, Arquivo IJIP vol.2, ofícios. Relatório do estado sanitário da província do Paraná durante os anos de 1875 e 1876 apresentado a V.Exa. O Senhor presidente dr. Adolpho Lamenna Lins pelo dr. Leocádio José Correia, inspetor de Saúde do porto. Curitiba, 1877.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 513, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Relatório enviado no dia 5 de fevereiro de 1877 ao governo da província do Paraná pelo capitão do porto de Paranaguá, Joaquim Guilherme de Mello Carrão, referente à manifestação da febre amarela na região. Curitiba, 1877.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 513, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Ofício enviado no dia 27 de fevereiro de 1877 ao governo da província do Paraná pela Câmara Municipal de Antonina. Curitiba, 1877.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 535, Arquivo IJIP vol.2, ofícios. Relatório do estado sanitário da província do Paraná durante o ano 1877 apresentado a V. Exa. o Senhor presidente da Província dr. Joaquim Bento de Oliveira Junior pelo inspetor de Saúde dr. Leocádio José Correia. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 536, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Telegrama enviado no dia 9 de fevereiro de 1878 ao governo da província do Paraná pelo então inspetor de Saúde Leocádio José Correia. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 536, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Telegrama enviado no dia 9 de fevereiro de 1878 ao governo da província do Paraná pela Câmara Municipal de Antonina. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 536, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Telegrama enviado no dia 16 de fevereiro de 1878 ao governo da província do Paraná pela Câmara Municipal de Paranaguá. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 536, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Telegrama enviado no dia 14 de fevereiro de 1878 ao governo da província do Paraná pelo Ministério do Império. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 536, Arquivo IJIP vol.3, ofícios. Telegrama enviado no dia 24 de fevereiro de 1878 ao governo da província do Paraná pelo então inspetor de saúde Leocádio José Correia. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 5 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo então capitão do porto de Paranaguá Joaquim Guilherme de Mello Carrão. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 10 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo médico José Franco Grillo. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 13 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo médico José Franco Grillo. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Relatório enviado ao governo da província do Paraná em 16 de março de 1878 pela Secretaria de Polícia da Província do Paraná. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 20 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo então juiz municipal de Morretes Vicente Ferreira de Loyola. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 28 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo presidente da comissão sanitária de saúde da cidade de Antonina. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 30 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo juiz municipal em exercício da cidade de Antonina. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 538, Arquivo IJIP vol.5, ofícios. Telegrama enviado no dia 30 de março de 1878 ao governo da província do Paraná pelo presidente da comissão sanitária de saúde da cidade de Antonina. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 539, Arquivo IJIP vol.6, ofícios. Telegrama enviado no dia 11 de março de 1878 ao diretor da instrução pelo inspetor paroquial de Antonina. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 539, Arquivo IJIP vol.6, ofícios. Correspondência enviada ao governo da província do Paraná no dia 12 de março de 1878 pela Inspetoria Geral da Instrução Pública. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 539, Arquivo IJIP vol.6, ofícios. Edital publicado pela Câmara Municipal de Paranaguá no dia 19 de março de 1878 contendo medidas profiláticas e preventivas contra surtos epidêmicos. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 539, Arquivo IJIP vol.6, ofícios. Breve exposição do serviço sanitário do porto de Paranaguá durante o mês de fevereiro de

1878 apresentada a V. Exa. o senhor presidente da Província dr. Rodrigo Octávio de Oliveira Menezes pelo inspetor de saúde dr. Leocádio José Correia. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Ata da primeira sessão da comissão sanitária da cidade de Paranaguá realizada no dia dois de abril de 1878. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Telegrama enviado no dia 16 de abril de 1878 ao governo na província do Paraná pela Câmara Municipal de Paranaguá. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Telegrama enviado no dia 16 de abril de 1878 ao governo na província do Paraná pelo juiz de direito Cesário José Chavantes. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Relatório enviado ao governo da província do Paraná pelo delegado de polícia da cidade de Paranaguá Augustinho Antonio Pereira Alves. Curitiba, 1879.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Carta enviada no dia 22 de março de 1879 ao governo da província do Paraná pelo delegado de polícia da cidade de Paranaguá Augustinho Antonio Pereira Alves. Curitiba, 1879.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 540, Arquivo IJIP vol.7, ofícios. Telegrama enviado no dia 22 de março de 1879 à redação do jornal “Cruzeiro” pelo delegado de polícia da cidade de Paranaguá Augustinho Antonio Pereira Alves. Curitiba, 1879.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 541, Arquivo IJIP vol.8, ofícios. Ofício enviado ao governo da província do Paraná em 4 de março de 1878 pela Câmara Municipal de Antonina. Curitiba, 1878.

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 576, Arquivo IJIP vol.17, ofícios. Telegrama enviado no dia 24 de março de 1879 ao governo da província do Paraná pelo inspetor de Saúde Leocádio José Correia. Curitiba, 1879. ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. AP 772 volume 5. Repartição Geral dos telégrafos, estação de Curitiba. Procedente do Rio de Janeiro, Ministério do Império. Curitiba, 1886.

### **Arquivo Municipal de Paranaguá**

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Carta enviada em 25 de junho de 1893 à Empresa de Transportes de Paranaguá pela Câmara Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1893.

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Carta enviada ao Prefeito Municipal de Paranaguá pela Empresa de Transportes de Paranaguá em agosto de 1893. Paranaguá, 1893.

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Carta enviada em junho de 1893 à Câmara Municipal de Paranaguá pela Empresa de Transportes de Paranaguá. Paranaguá, 1893.

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Carta enviada em 25 de junho de 1893 à Empresa de Transportes de Paranaguá pela Câmara Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1893.

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Relatório referente ao mês de maio do Fiscal da Câmara Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1893.

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Documento enviado às Comissões de Obras e Papéis da Câmara Municipal de Paranaguá pela Empresa de Transportes de Paranaguá. Paranaguá, 1893.

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Relatório referente às receitas e despesas da Câmara Municipal de Paranaguá durante os meses de julho a setembro de 1895. Paranaguá, 1895.

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Relatório da Intendência Municipal de Paranaguá. Sem data.

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Solicitação enviada à Câmara Municipal de Paranaguá em 20 de julho de 1891 pelo concessionário da linha de bondes João Eugênio Gonçalves Marques. Paranaguá, 1891.

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Memória justificativa apresentada ao Ilmo. Senhor Presidente e mais dignos membros da intendência municipal da cidade de Paranaguá em 13 de maio de 1892. Paranaguá, 1892.

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Memória justificativa apresentada ao Ilmo. Senhor Presidente e mais dignos membros da intendência municipal da cidade de Paranaguá em 13 de maio de 1892. Paranaguá, 1892.

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Relatório da Comissão de Obras da Câmara Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1895. (Documentação avulsa).

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Relatório enviado a João Guilherme Guimarães pela Câmara Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1895. (Documentação avulsa).

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Gabinete da Prefeitura Municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1895. (Documentação avulsa).

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Muller e Companhia. Contraproposta referente às obras de saneamento e iluminação pública enviada em 13 de novembro ao intendente municipal de Paranaguá. Paranaguá, 1895. (Documentação avulsa).

ARQUIVO MUNICIPAL DE PARANAGUÁ. Carta anônima enviada ao intendente municipal João Guilherme Guimarães em 5 de setembro de 1895. Paranaguá, 1895. (Documentação avulsa).

## Referências Bibliográficas

ACKERKNECHT, Erwin H. "Anticontagionism between 1821 and 1867". *The Bulletin of the History of Medicine*, v.22, 1948, pg.562-593.

ALMEIDA, Marta de. Tempo de laboratórios, mosquitos e seres invisíveis. As experiências sobre a febre amarela em São Paulo. In: CHALHOUB *et al.* (org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

ALVAREZ, Adriana. El rol de los lazaretos en el control de el cólera y la fiebre amarilla. Buenos Aires 1870-1915. *História Revista*, Goiás, v.9 n.2, jul.-dez. 2004, pp. 288-291.

ATHAIDE, Johildo Lopes de. Notas históricas. Salvador e a grande epidemia de 1855. *Revista baiana de saúde pública*. Salvador, v.16, n. 1/4, jan.-dez., 1989, pp.46-61.

BASALLA, George. "The Spread of Western Science". *Science*, vol. 156, 1967, p. 611-622.

BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999.

\_\_\_\_\_. *Manguinhos do sonho à vida. A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1990.

\_\_\_\_\_. Febre Amarela e a Instituição da Microbiologia no Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto (org). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. pp. 57-97.

\_\_\_\_\_. *Pereira Passos: um Haussmann tropical: A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esporte, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992.

BERMAN, Marshall. *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*. Trad. Carlos Felipe Moisés e Ana Maria L. Ioriatti. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.

BETHELL, Leslie. *A abolição do tráfico de escravos no Brasil: a Grã-Bretanha, o Brasil e a questão do tráfico de escravos, 1807-1869*. Trad. de V. N. N. Pedroso. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1976.

- BRESCIANI, Maria Stella Martins. *Londres e Paris no século XIX. O espetáculo da pobreza*. São Paulo: Brasiliense, 2013. (Tudo é História, 52).
- CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (orgs.). *Novos domínios da História*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- CARVALHO, José Murilo de. *A construção da ordem: a elite política imperial. Teatro de sombras: a política imperial*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.
- \_\_\_\_\_. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- \_\_\_\_\_. *A construção da ordem: a elite política imperial*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org.) *Cuidar, controlar, curar. Ensaio histórico sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004 (Coleção História e Saúde), pp.249-293.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, Brasil: Companhia das Letras, 1996.
- CHARTIER, Roger. Formação social e economia psíquica: a sociedade de corte no processo civilizador. In: ELIAS, Norbert. *A sociedade de corte*. Trad. Pedro Süsskind. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001, pp.7-25.
- CHAVES, Cleide de Lima. Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, pp.411-412.
- \_\_\_\_\_. Entre Montevideu e Rio de Janeiro: poderes locais, circulação de epidemias e redes de conhecimento médico na segunda metade do século XIX. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DA ANPHLAC, 10, 2012, São Paulo. *Anais eletrônicos do X Encontro Internacional da ANPHLAC*. São Paulo: ANPHLAC, 2012, pp.1-13.
- COOPER, Donald B. The new "Black Death": Cholera in Brazil, 1855-1856. *Social Science History*. Vol.10, n.4, 1986, pp.467-488.
- CORBIN, Alain. *Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Companhia das letras, 1987.
- CORRÊA, Rubens. *Brumas do Passado: Doutor Leocádio, médico de homens e de almas*, 1989.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
- COSTA, Renato Gama-Rosa. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, v.18, supl.1, dez.2011, Rio de Janeiro, pp.53-66.
- CUETO, Marcos. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- CUNHA FILHO, Valter Fernandes da. *Cidade e sociedade: a gênese do urbanismo moderno em Curitiba (1889-1940)*. Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1998.
- CYNTHIA, Roncaglio. *História administrativa do Paraná (1853-1947): criação, competências e alterações das unidades administrativas da Província e do Estado*. Curitiba: Imprensa Oficial/DEAP, 2000, pp.10-27.
- CZERESNIA, Dina. *Do contágio à transmissão*. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- DALLEDONE, Márcia Teresinha Andreatta. *Condições sanitárias e as epidemias de varíola na Província do Paraná (1853-1889)*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em História do Brasil, UFPR, Curitiba, 1980.



- DELAMARQUE, Elizabete Viana. *Junta Central de Higiene Pública: vigilância e política*. Dissertação de mestrado: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.
- DIAS, Maria Odila Leite da Silva. Ideologia liberal e construção do Estado In: DIAS, Maria Odila Leite da Silva. *A interiorização da metrópole e outros estudos*. São Paulo: Alameda, 2005, pp.127-151.
- DOLHNIKOFF, Miriam. *O pacto imperial: origens do federalismo no Brasil do século XIX*. São Paulo: Globo, 2005.
- DUARTE, Orlando Sattamini. *Um médico do Império. O doutor Torres Homem (1837-1887)*. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti, 1957.
- EDLER, Flavio. Medicina tropical: uma ciência entre a Nação e o Império. In: HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antonio Augusto Passos. (org.). *Ciência, civilização e república nos trópicos*. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2010.
- ELIAS, Norbert. *O processo civilizador. Formação do Estado e Civilização* (vol.2). Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.
- \_\_\_\_\_. *Envolvimento e distanciamento. Estudos sobre sociologia do conhecimento*. Trad. Maria Luisa Cabaços Meliço. Lisboa: Dom Quixote, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Introdução à Sociologia*. Trad. Maria Luisa Ribeiro Ferreira. Lisboa: Edições 70, 1980.
- \_\_\_\_\_. *O processo civilizador. Uma história dos costumes* (vol. 1). Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.
- \_\_\_\_\_; SCOTSON, Jhon. *Os estabelecidos e os outsiders*. Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.
- \_\_\_\_\_. *A sociedade de Corte. Investigação sobre a sociologia da realeza e da aristocracia de corte*. Trad. Pedro Süsskind. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- ESPINOSA, Mariola. *Epidemic Invasions: Yellow fever and the limits of Cuban independence 1878-1930*. Chicago: The University of Chicago Press, 2009.
- EVANS, Richard, J. Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe. In: RANGER, Terence; SLACK, Paul. *Epidemics and Ideias. Essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, (Past and Present Publications).
- FERNANDES, Tania. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneneriana à animal). *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 1, n.1, mar.-jun., 1999, pp.29-51.
- FERREIRA, Luiz Otávio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; EDLER, Flávio Coelho. A faculdade de medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino. In: DANTES, Maria Amélia M. (org.). *Espaços da Ciência no Brasil: 1800—1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, pp.62-72.
- FERNANDES JUNIOR, Lindolfo. *Memórias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (1853-1983)*. Curitiba: Imprensa Oficial, 1988.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 24. ed. Rio de Janeiro: E. Grall, 2007.
- \_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- FRANCO, Odair. *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Departamento Nacional de Endemias Rurais, DNER/ Div. de Cooperação e Divulgação, 1969.
- FRIEDRICH, Otto. *Olympia: Paris nos tempos dos impressionistas*. Trad. Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- GARNEL, Maria Rita Lino. Portugal e as conferências sanitárias internacionais (Em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus). *Revista de História da Sociedade e da Cultura*. Coimbra, v.9, 2009, 229-251.

- GASPAR, Sofía. Consecuencias no intencionales y figuración: una incursión crítica en la obra de Norbert Elias. *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n. 101, 2003, pp. 119-148.
- GEREMEK, Bronislaw. *A piedade e a força. História da miséria e da caridade na Europa*. Trad. Maria da Assunção Santos. Lisboa: Terramar, 1996 (Pequena História).
- GOMES, Ana Carolina Vimieiro. *Uma ciência moderna e imperial: a fisiologia brasileira no final do século XIX (1880-1889)*. Belo Horizonte, MG: Fino Traço; Campina Grande, PB: EDUEPB; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- GOMES, Sandro Aramis Richter. *Parentelas, partidos e transição política: mudanças na gestão de diretórios partidários e na atuação política das elites regionais na passagem do Império para a República (Paraná, c. 1853-c. 1926)*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.
- GUERRA MANZO, Enrique. La sociología de conocimiento de Norbert Elias. *Sociológica*, vol. 27, n.77, septiembre-diciembre, 2012, pp.35-69.
- GUIMARÃES, Lucia Maria Paschoal; PRADO, Maria Emilia (orgs.). *O liberalismo no Brasil imperial: origens, conceitos e prática*. Rio de Janeiro: Revan: UERJ, 2013.
- HARDY, Anne. Cholera, quarantine and the english preventive system, 1850-1895. *Medical History*, Cambridge, v.37, jul. 1993, pp.250-269.
- HOBSBAWM, Eric J. *A era do capital, 1848-1875*. Trad. Luciano Costa Neto. São Paulo: Paz e Terra, 2015.
- \_\_\_\_\_. *Da revolução industrial inglesa ao Imperialismo*. Trad. Donaldson Magalhães Garschagen. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- \_\_\_\_\_. *A era dos impérios, 1875-1914*. Trad. Sieni Maria Campos e Yolanda Steidel de Toledo. São Paulo: Paz e Terra, 2015.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2012.
- HOERNER JUNIOR, Valério. *A vida do Dr. Leocádio*. Paranaguá: Prefeitura Municipal de Paranaguá, 1979.
- KARNAL, Leandro; TATSCH, Flavia Galli. A memória evanescente. In: PINSKY, Carla Bassanezi; LUCA, Tania Regina de. (orgs.). *O historiador e suas fontes*. São Paulo: Contexto, 2011, pp.9-27.
- KODAMA, Kaori. Africanos no Rio de Janeiro na epidemia de cólera, 1855-1856. 6º encontro *Escravidão e liberdade no Brasil Meridional*. Florianópolis: UFSC, 2013, pp.2-11.
- KROPF, Simone Petraglia. A descoberta da doença dos sertões: ciência e saúde nos trópicos brasileiros no início do século XX. In: HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antonio Augusto Passos (orgs.). *Ciência, civilização e república nos trópicos*. Rio de Janeiro: Mauad X: Faperj, 2010, pp.57-79.
- KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.
- LACOMBE, Lourenço Luis. *História administrativa do Brasil: organização e administração do Ministério do Império*. Coord. De Vicente Tapajós. Brasília: Fundação Centro de Formação do Servidor Público, 1984.
- LEFEBVRE, Henri. *A revolução urbana*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
- \_\_\_\_\_. *O direito à cidade*. São Paulo: Moraes, 1991.
- LEMOS, Renato. A alternativa republicana e o fim da monarquia. In: Keila Grinberg; Ricardo Salles. (Org.). *O Brasil Imperial*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009, v. 3, pp. 401-444.
- LIMA, Nísia Trindade. Missões civilizatórias da República e interpretação do Brasil. *História, ciência, saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.5, supl. jul. 1998, pp. 163-193. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701998000400010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000400010&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 31 maio 2016.

- \_\_\_\_\_. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan, Iuperj, 1999.
- LINHARES, Temístocles. *Paraná vivo: um retrato sem retoques*. Curitiba: Imprensa Oficial, 2000.
- LÖWI, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- MACHADO, Roberto. *Danação da norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MALERBA, Jurandir. Sobre Norbert Elias. In: MALERBA, Jurandir (org.). *A velha história: teoria, método e historiografia*. Campinas: Papirus, 1996, pp.73-91.
- MALERBA, Jurandir. *Ensaio: teoria, história e ciências sociais*. Londrina: Eduel, 2011, pp.177-194.
- MARQUESE, Rafael; SALLES, Ricardo (org.). *Escravidão e capitalismo histórico no século XIX: Cuba, Brasil e Estados Unidos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.
- MATTOS, Hebe. A vida política. In: *História do Brasil nação: 1808-2010. A abertura para o mundo. 1889-1930 (volume 3)*. Madrid, Rio de Janeiro: Fundación Mapfre, Editora Objetiva, 2012, p.106.
- MOREIRA, Júlio. História da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá (Fundação). In: *Revista médica do Paraná*. Curitiba: v.12, n.4-6, jul.-dez. 1953, p.155-162.
- MUMFORD, Lewis. *A cidade na História* (vol. II). Trad. Neil R. da Silva. Belo Horizonte: Editora Itatiaia Limitada, 1965.
- NUNES MENDONÇA, Joseli Maria. Revisitando a História da imigração e da colonização do Paraná provincial. *Antíteses*, v.8, n.16, julho-dezembro, 2015, pp.204-226.
- PEREIRA, Magnus Roberto de Mello. *Semeando iras rumo ao progresso: ordenamento jurídico e econômico da Sociedade Paranaense, 1829-1889*. Curitiba: Ed. da UFPR, 1996.
- \_\_\_\_\_. (org.). *Posturas municipais Paraná: 1829 a 1895*. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 2003.
- PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- PEREIRA, Robson Mendonça. *Washington Luís e a modernização de Batatais*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2005.
- PIMENTA, Tânia Salgado. *Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em História- UNICAMP. Campinas: 1997.
- \_\_\_\_\_. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: CHALHOUB, Sidney, et al. (orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.
- RIBEIRO, R. Janine. Uma ética do sentido e Apresentação a Norbert Elias. In: ELIAS, Norbert. *O processo civilizador* (vols. I e II). Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990-1993, pp.9-12 (dos vol. I e II).
- ROSENBERG, Charles. *Explaining Epidemics and other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- \_\_\_\_\_. Introduction: framing disease: Illness, society and history. In: ROSENBERG, Charles; Golden, Janet (editors). *Framing disease – Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1997.
- ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: UNESP, 1994.
- \_\_\_\_\_. O que é medicina social. In: *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- SANTOS, Luís Cláudio Villafañe Gomes. *O Brasil entre a América e a Europa: o império e o interamericanismo (do Congresso do Panamá à Conferência de Washington)*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

- SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, 1985, pp.193-210.
- SANTOS, Myrian Sepúlveda dos. Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância nas áreas de saúde e política (1884-1942). *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.14, n.4, out.-dez. 2007, pp.1174-1175. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000400005>> Acessado em: 21 de julho de 2015.
- SCHULZ, Sonia Hilf. Utopias urbanas modernistas. In: MACHADO, Denise Barcellos Pinheiro (org.). *Sobre urbanismo*. Rio de Janeiro: Viana & Mosley/ProUrb, 2006.
- SCHWARCZ, Lília Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- \_\_\_\_\_. População e Sociedade. In: *História do Brasil nação: 1808-2010. A abertura para o mundo. 1889-1930 (volume 3)*. Madrid, Rio de Janeiro: Fundación Mapfre, Editora Objetiva, 2012, p.53.
- SÊGA, Rafael Augustus. *Melhoramentos da capital: a reestruturação do quadro urbano de Curitiba durante a gestão do prefeito Cândido de Abreu (1913-1916)*. Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em História Social da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1996.
- SENNETT, Richard. *O declínio do homem público. As tiranias da intimidade*. Trad. Lygia Araujo Watanabe. Rio de Janeiro: Record, 2014.
- SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Editora Scipione, 1993. (Coleção História em aberto).
- SHAPIN, Steven. Discipline and bounding: the history and sociology of science as seen through the externalism-internalism debate. In: *History of science*, 30, 1992, pp.333-369.
- SHEIFER, Bruna. *Paranaguá, cidade portuária: entre a cidade “sonhada e a cidade real”*. Dissertação de mestrado, Marechal Cândido Rondon: Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), 2008.
- SICCA, Natalina Aparecida L.; GONÇALVES, Pedro Wagner. História da Química e da Geologia: Joseph Black e James Hutton como referências para educação em ciências. *Química Nova*, vol. 25, n.4, 2002, pp.689-695.
- SIQUEIRA, Márcia Teresinha Andreatta Dalledone. *Saúde e doença na Província do Paraná (1853-1889)*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em História Demográfica do setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1989.
- SOARES, Luiz Carlos. *O “Povo de Cam” na capital do Brasil: a escravidão urbana no Rio de Janeiro do século XIX*. Rio de Janeiro: Faperj – 7Letras, 2007, pp.366-380.
- STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.
- \_\_\_\_\_. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde. As epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996.
- TOLEDO, Luiz Carlos Menezes de. *Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar*. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Arquitetura. Rio de Janeiro, 2008, 238 f.
- TOMES, Nancy. *The private side of public health: Sanitary Science, domestic hygiene and the germ theory, 1870-1900*. Bulletin of the History of Medicine, 1990, vol.64, n.4, pp.509-539.
- TOMICCH, Dale. *Pelo prisma da escravidão: trabalho, capital e economia mundial*. Trad. Antonio de Pádua Danesi. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011.
- TRAMUJAS, Alceu. *Histórias de Paranaguá. Dos pioneiros da Cotinga à porta do Mercosul no Brasil Meridional*. Curitiba: Raul Guilherme Urban, 1996.

VANALI, Ana Crhistina. Só falar não basta! Bento Munhoz- Governante e pensador. In: OLIVEIRA, Ricardo Costa de (org.). *Estado, classe dominante e parentesco no Paraná*. Blumenau: Nova Letra, 2015, pp.317-318.

WACHOWICZ, Ruy Christovam. *História do Paraná*. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2010.

WESTPHALEN, Cecília Maria. *Porto de Paranaguá, um sedutor*. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1998.

WITTER, Nikelen Acosta. *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, 2007, 276f.